보험용어 해설

보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자

보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

보험수익자

보험계약에 의하여 보험금을 지급받는 자를 말하며, 보험사고가 발생하는 경우 회사에 대하여 보험금의 지급을 청구할 수 있는 사람

보험기간

보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보장개시일(책임개시일)

보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험계약일

보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

보험금

피보험자의 사망, 장해, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험 수익자에게 지급하는 금액

보장보험료

보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

적립보험료

회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료

적립부분 순보험료

적립보험료에서 사업비를 제외한 금액

책임준비금

장래의 보험금 또는 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해지환급금

계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험나이

1) 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 월 단위까지 계산 후, 6개월 미만은 버림, 6개월 이상은 반올림한 나이
2) 계약일 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가함

[갱신형] 특별약관

최초 보험가입 후 3년마다 갱신을 통해 보통약관의 보험나이 100세 또는 80세(자녀는 33세) 계약해당일까지 보장해 주는 보장

주요내용 요약서

자필서명

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

청약철회

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일이내(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다)에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제1회 보험료를 돌려 드립니다.

계약취소

계약을 청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 않은 때에는 보험계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

계약의 무효(신체보장 관련)

아래에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면동의를 얻지 않은 경우
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
  다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 피보험자의 나이가 계약에서 정한 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

계약의 무효(재물보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

계약의 무효(배상책임 관련)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그 때부터 효력이 없습니다.

계약의 소멸(재물보장 관련)

이 보험계약은 지급보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보험의 목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후의 보험료의 납입을 연체하는 경우 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)하고 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됩니다.

해지계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직무 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

계약 전·후 알릴 의무

① 계약 전 알릴 의무

보험계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하셔야 합니다. (단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)

② 상해보험계약 후 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함) (다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
- 보험의 목적을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

③ 알릴 의무 위반의 효과

약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

보험금의 지급

신체손해에 관한 보험금은 회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 지급합니다 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일 등을 피보험자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다. 배상책임손해 및 재산손해에 대한 보험금은 회사가 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급합니다.
만약 지급일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

대위권(재물 관련)

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우 포함)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우의 손해배상청구권 및 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우 그 대위권의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

대위권(배상책임 관련)

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 Super III(s2504)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

가입자 유의사항

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

√ 『보험계약관련 유의사항』

보험계약 전 알릴 의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험모집인에게 구두(말)로만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

부활(효력회복)계약의 암보장 개시일

- 보험나이 15세 이상 피보험자가 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

건강보험

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- [갱신형] 특별약관은 갱신할 때 연령증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 갱신보험료가 인상될 수 있습니다.

재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[갱신형] 특별약관

- [갱신형] 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 보험나이 100세 또는 80세까지(자녀의 경우 33세까지) 보장받을 수 있습니다.
- [갱신형] 특별약관의 보험료는 매 3년마다 갱신할 때 연령증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 등)에 따라 인상될 수 있으며, 갱신할 때에는 인상된 갱신보험료를 추가로 납입하여야 계약이 정상유지 됩니다.

보험료 충당 특별약관

- 보험료 충당 특별약관은 별도의 의사표시가 없는 한, 매3년마다 계약해당일에 계약기간 내에서 자동으로 갱신되며, 3년만기시에는 적립순보험료를「이 보험의 보험계약대출이율-2%」로 부리한 원금과 이자 합계액을 만기환급금으로 지급합니다. 다만 최저보증이율은 연단위 복리 1.50%로 합니다.

면책기간 및 감액지급 관련 특별약관에 관한 사항

- 보험나이 15세 이상 피보험자가 암 사망 · 고도후유장해(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), [갱신형] 암 사망 · 고도후유장해(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암 제외), [갱신형] 암 진단비(최초계약용)(단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외), [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용)를 가입한 경우 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간이 90일입니다.
- 암 사망 · 고도후유장해(최초계약용), [갱신형] 암 사망 · 고도후유장해(최초계약용), [갱신형] 암 진단비(최초계약용), [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용), [갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용), [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용), [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용), [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용)는 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급 사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장입니다.

√『해지환급금 관련 유의사항』

○ 보험은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 또한, 해지환급금은 적용이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

암 관련 보장

- 보험나이 15세 이상 피보험자가 암관련 보장에 가입한 경우 최초 보험가입 또는 부활(효력회복)일부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일부터 일정기간(예 1년 등)이내인 경우 보험금이 감액 지급될 수 있습니다.
-「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 진단은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인생검(미세한 침을 이용한 생체검사방법)[단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 [갱신형] 상해 입원일당(1일이상), [갱신형] 상해 입원일당(4일이상), [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 또는 [갱신형] 질병 입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

상해 관련 보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

재물관련 보장 등에서 일부보험의 경우 비례보상에 관한 사항

- 임차자(화재, 폭발·파열, 소요노동쟁의) 배상책임 특별약관은 보험가입금액이 보험가액보다 적을 경우에는 약관에 정한 바에 따라 비례 보상합니다.

배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 Super III(s2504)의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅢ(s2504) 보통약관

무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅢ(s2504)의 보통약관 및 특별약관은 2009년 10월 1일 이전 가입한 계약자가 2025년 04월 01일 이후 갱신이 도래하여 특별약관 추가하는 경우와 2025년 04월 01일 이후 피보험자 추가(피보험목적물 추가 포함)하여 체결되는 계약에 대하여 적용합니다.

무배당 삼성화재 통합보험 Super III(s2504) 보통약관

제1장 보통약관의 공통사항

제1조(총칙)

① 이 보험의 계약기간은 최초 계약성립일부터 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자 중 저연령자의 보험나이 100세 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

② 보험계약자는 이 보험의 보통약관 및 특별약관의 보험기간을 제1항에서 정한 계약기간 내에서 정할 수 있으며, 회사는 이를 보험증권에 기재하여 드립니다.

제2조(보통약관의 가입)

① 보험계약자는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 신체관련 계약(이하「계약」이라 합니다)은 반드시 가입하여야 하며, 제3장(자동차관련 보통약관)에서 정한 자동차관련 계약은 계약자의 선택에 의하여 가입할 수 있습니다.

② 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 사항은 제3장(자동차관련 보통약관)에 영향을 미치지 않으며, 제3장(자동차관련 보통약관)에서 정한 사항은 제2장(신체관련 보통약관)에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(가입대상자)

① 제2장(신체관련 보통약관)의 계약은 아래의 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 합니다.

1. 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하「배우자」라 합니다)

② 제2장(신체관련 보통약관)의 최초 계약시 제1항의 가입대상자 중 본인만 가입한 경우에는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 배우자를 추가할 수 있습니다.

③ 제3장(자동차관련 보통약관)의 계약은 아래의 각 호에서 정한 자를 가입대상자로 합니다.

1. 본인
2. 배우자
3. 본인의 가족관계등록부상 부모
4. 배우자의 가족관계등록부상 부모
5. 본인 또는 배우자의 만 30세 이하 미혼자녀

제4조(대표 계약자의 지정)

① 계약자가 2명 이상인 경우에는 대표자 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자로 지정된 계약자의 소재가 확실하지 않은 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 않거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자에 대하여도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

<예시안내>

[계약자가 2명 이상인 경우]

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

<용어풀이>

[연대]

2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 제3장(자동차관련 보통약관)은 대표계약자를 지정하지 않습니다.

"보장계약 자동갱신 특별약관에 의하여 3년 자동갱신 되는 보장보험료는 갱신시점에 보험료가 인상될 수 있습니다. 특히, 질병관련 특별약관의 경우 위험률 변동 등에 따라 갱신시점에서 인상된 보험료를 적용하게 됩니다."

제2장 신체관련 보통약관

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 질병이나 상해에 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

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: 【별표2】 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약전 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.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 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

2. 예정이율: 회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립합니다. 이 때 적립된 금액의 운용수익률을 미리 예상하여 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라 합니다.
3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ [갱신형] 특별약관의 갱신 관련 용어

1. 최초계약: [갱신형] 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
2. 갱신계약: [갱신형] 특별약관의 보험기간이 끝난 후 9. 보장계약 자동갱신 특별약관 제2조(보장계약의 자동갱신) 제1항에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
3. 갱신일: [갱신형] 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족

관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금
※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>
[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전 (처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

<유의사항>

분쟁조정은 이 약관의 (분쟁의 조정) 조항에 따라 금융감독원에 신청할 수 있습니다.

③ 제2항에 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.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

<용어풀이>

· 가지급보험금 : 보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 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 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

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

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

제11조(보험수익자의 지정)

① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 상속인을 보험수익자로 합니다.

<법정상속인>'	
피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.	
<상속순위>	
① 피상속인의 직계비속	② 피상속인의 직계존속
③ 피상속인의 형제자매	④ 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

제12조(대표 보험수익자의 지정)

① 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 대표자 1명을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

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

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]
1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함 예) 학생, 미취학아동, 무직 등
[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지 (우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리 (환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

<비례 보상 예시>

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1억원

· 상해사망 위험률 : 1급 0.3, 2급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

<유의사항>

계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

원동기장치 자전거는 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외됩니다.
※ 유의사항 관련 예시: A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중 일반 상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 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 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약 해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서

면 등으로 알려 드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제16조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제17조(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.

<용어풀이>

[보험가입금액 제한]

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

[일부보장 제외]

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

[보험금 삭감]

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

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

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)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 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 예정이율 + 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 청약일로부터 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 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(다만, 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 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.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조(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 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 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.

<약관의 중요한 내용>

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보험금 지급제한 사유 및 지급절차
- 청약의 철회에 관한 사항

- 계약의 해지 및 해제
- 분쟁조정 절차에 관한 사항
- 예금자보호법에 따른 보호여부
- 환급금에 관한 사항
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

<자필서명>

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제20조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 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 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 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)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체

보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 상법이 개정되어 시행(2015년 3월 12일 시행)된 이후에 체결된 계약의 경우에는 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우 계약이 유효합니다.

<용어풀이>

「심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)」라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

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.

제21조(계약내용의 변경 등)

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

1. 계약기간
2. 납입보험료
3. 계약자
4. 보험가입금액 등 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.

<유의사항>

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 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 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제2항의 규정에 의하여 이 계약의 배우자가 추가되는 경우 제1항 제1호의 규정을 적용하여 보험의 계약기간을 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 이 계약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하

기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제3호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(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 : 1988년 10월 2일
현재(계약일) : 2021년 4월 13일
⇒ 2021년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 32년 6개월 11일 = 33세

<계약해당일 계산 예시>

해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
계약일 : 2020년 2월 29일 ⇒ 계약해당일 : 2021년 2월 28일

제23조(계약의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 회사의 보상책임은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

② 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 회사의 보상책임은 소멸되지 않습니다

③ 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 전부에 대하여 회사의 제1항의 보상책임이 소멸된 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 회사의 보장은 소멸됩니다.

<책임준비금>

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

제5관 보험료의 납입

제24조(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 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 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 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 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 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

<납입기일>

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제27조(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 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납

입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 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 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다

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

<보험계약대출이율>

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 계약의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)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 알려 드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.

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 보험계약대출 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 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 1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호

의 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 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제27조(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 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(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 제21조(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

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제20조(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 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자 보호에 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.

<용어풀이>

[위법계약]

금융상품판매업자등이 '금융소비자보호에 관한 법률' 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위의 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

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 제33조(해지환급금) 제4항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제31조(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 지급 사유를 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(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 제33조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해지환급금)

① 제2장(신체관련 보통약관)에 따른 해지환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 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 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 책임준비금을 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제36조(분쟁의 조정)

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

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

제37조(관할법원)

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

제38조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2021년 4월1일에 발생하였음에도 2024년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제39조(약관의 해석)

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

<용어풀이>

[신의성실의 원칙]

계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.

※ 민법 제2조(신의성실) ①권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

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.

제40조(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 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

<보험안내자료>
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

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

② 회사는 보험금 지급 거절 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 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

<용어풀이>
[현저하게 공정을 잃은 합의] 사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제42조(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.

제43조(준거법)

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

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

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

특별약관

2. 상해관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 하여 각각의 상해관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-1. 상해 사망 · 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관

계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험

자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-2. [갱신형] 상해 사망 · 후유장해 특별약관,
[갱신형] 상해 사망 · 후유장해 II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험

자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-3. 상해 사망 · 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손

해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-4. [갱신형] 상해 사망 · 고도후유장해 특별약관
[갱신형] 상해 사망 · 고도후유장해Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-5. 교통상해 사망 · 후유장해(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   다. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

> **<용어풀이>**
> 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

4. 제2항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

④ 제2항의 건설기계, 제3항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는

후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당

피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-6. [갱신형] 교통상해 사망·후유장해(운전자용) 특별약관
[갱신형] 교통상해 사망·후유장해Ⅱ(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   다. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

> **<용어풀이>**
> 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

4. 제2항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

④ 제2항의 건설기계, 제3항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는

후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당

피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-7. 교통상해 사망 · 후유장해(비운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(비운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

   가. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제2항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

④ 제2항의 건설기계, 제3항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원

인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
   나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   다. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약

관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-8. [갱신형] 교통상해 사망 · 후유장해(비운전자용) 특별약관
[갱신형] 교통상해 사망 · 후유장해Ⅱ(비운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(비운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

   가. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
4. 제2항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

④ 제2항의 건설기계, 제3항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자

동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
   나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   다. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사

망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-9. 교통상해 사망 · 후유장해(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   다. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

> **<용어풀이>**
>
> 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

4. 제2항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

④ 제2항의 건설기계, 제3항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일

한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도, 보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-10. [갱신형] 교통상해 사망·후유장해(영업용운전자용) 특별약관
[갱신형] 교통상해 사망·후유장해Ⅱ(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「교통사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

   가. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)

   나. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하「탑승중 교통사고」라 합니다)

   다. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하「비탑승중 교통사고」라 합니다)

> **<용어풀이>**
> 「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

2. 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당되는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거

3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)

4. 제2항의 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계

④ 제2항의 건설기계, 제3항 제4호의 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차 또는 기타 교통수단으로 보지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는

후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 교통상해사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당

피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-11. 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 중증

장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑧ 보험수익자가 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-12. [갱신형] 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 특별약관
[갱신형] 상해 중증장해(50%이상) 생활자금II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 상해 중증장해(50%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 상해 중증장해(50%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제

6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 중증장해(50%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑧ 보험수익자가 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 중증장해(50%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-13. 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 고도

장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑧ 보험수익자가 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-14. [갱신형] 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 특별약관
[갱신형] 상해 고도장해(80%이상) 생활자금II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 상해 고도장해(80%이상) 생활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이미 지급받은 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 상해 고도장해(80%이상) 생활자금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제

6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 고도장해(80%이상) 생활자금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑧ 보험수익자가 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 고도장해(80%이상) 생활자금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-15. 뇌·내장손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사고일부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태(이하「뇌·내장손상」이라 합니다)에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌손상: 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해관련1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고 그 치료를 직접목적으로 개두(開頭) 수술을 받은 경우
2. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표-상해관련1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 개흉(開胸) 수술 또는 개복(開腹) 수술을 받은 경우

<용어풀이>

· **개두(開頭) 수술 :** 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

· **개흉(開胸) 수술 :** 흉강을 여는 수술로서 농흉 수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도 수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉 수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

· **개복(開腹) 수술 :** 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁 수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광 수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

② 피보험자가 동일한 사고로 인해 뇌·내장손상 수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 금액만을 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

①이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-16. [갱신형] 뇌·내장손상 수술비 특별약관
[갱신형] 뇌·내장손상 수술비Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사고일부터 그 날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태(이하「뇌·내장손상」이라 합니다)에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌손상: 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표-상해관련1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고 그 치료를 직접목적으로 개두(開頭) 수술을 받은 경우
2. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상(【별표-상해관련1】의 뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 직접적인 목적으로 개흉(開胸) 수술 또는 개복(開腹) 수술을 받은 경우

<용어풀이>

· **개두(開頭) 수술 :** 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

· **개흉(開胸) 수술 :** 흉강을 여는 수술로서 농흉 수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도 수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉 수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

· **개복(開腹) 수술 :** 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁 수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광 수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

② 피보험자가 동일한 사고로 인해 뇌·내장손상 수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 금액만을 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다) 에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절

제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-17. 중대 화상·부식 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대 화상·부식 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(중대 화상·부식의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하는「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 신체 표면적은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정되어진 것을 말하며, □9의 법칙□ 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.

②「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대 화상·부식 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-18. [갱신형] 중대 화상·부식 진단비 특별약관
[갱신형] 중대 화상·부식 진단비II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대 화상·부식 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(중대 화상·부식의 정의 및 진단확정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하는「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다. 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 신체 표면적은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정되어진 것을 말하며, □9의 법칙□ 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.

②「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대 화상·부식 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-19. 상해 가족생활지원금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 상해 가족생활지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 상해 가족생활지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 '사망' 에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

<실종선고>

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장

해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 상해 가족생활지원금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 가족생활지원금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 가족생활지원금에서 이미 지급받은 상해 가족생활지원금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 특별약관에서 상해 가족생활지원금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 가족생활지원금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 가족생활지원금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 가족생활지원금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑩ 보험수익자가 상해 가족생활지원금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 상해 가족생활지원금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 상해 가족생활지원금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-20. [갱신형] 상해 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	장해지급률	지급금액
고도후유장해보험금	80%이상	보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액 (이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)
일반후유장해보험금	80%미만	장해분류표에서 정한 지급률을 후유장해보험가입금액에 곱하여 산출한 금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원

인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력은 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-21. [갱신형] 상해 입원일당(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-22. [갱신형] 상해 입원일당(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원일당(4일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(4일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 입원일당(4일이상)을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-23. [갱신형] 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해관련2】(골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-24. [갱신형] 5대골절 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해관련3】(5대골절 분류표)에 정한 골절(이하「5대골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 5대골절 진단비는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-25. [갱신형] 화상 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해관련4】(화상 분류표)에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 화상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은【별표-상해관련4】(화상 분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

③ 제1항의 화상 진단비는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-26. [갱신형] 강력범죄 위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중 일상생활 중에 다음 각호에 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄 위로금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행, 제5호의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 제1호 및 제2호
2. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
4. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제 3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사건사고사실확인원(관할 경찰서장 발행), 법원의 판결문 또는 검찰의 공소장, 검찰청에서 발행한 불기소이유통지서 등(죄명 및 피의자와 피보험자와의 관계를 알 수 있는 서류)
3. 사고증명서(진단서 또는 상해진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-27. [갱신형] 5대골절 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써【별표-상해관련3】(5대골절 분류표)에 정한 골절(이하「5대골절」이라 합니다)을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 5대골절 수술비는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「5대골절」로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「5대골절」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)

- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-28. [갱신형] 상해흉터복원(성형) 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상(추한 모습)장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복(이하「상해흉터복원」이라 합니다)을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을「상해흉터복원(성형)수술비」로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안면부	상지 · 하지
지급액	수술 1㎝당 14만원	수술 1㎝당 7만원 (단, 3㎝이상의 경우에 한합니다)

② 제1항에서 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술㎝는 최장직경으로 합니다.

③ 제1항에서 정한 상해흉터복원(성형) 수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

<용 어 풀 이>

안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 상해 원인 외 단순 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】
- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제2조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-29. [갱신형] 자동차사고 부상치료지원금(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「자동차사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에 정한 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 자동차사고 부상치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	자동차사고 부상치료지원금	상해등급	자동차사고 부상치료지원금
1급	500만원	5급	80만원
2급	350만원	6급	40만원
3급	250만원	7급	20만원
4급	150만원	8~14급	10만원

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 자동차사고
3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

<용어풀이>

「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함되는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서(상해등급 기재)
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원과 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 및 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나.목의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-30. [갱신형] 자동차사고 부상치료지원금(비운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(비운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「비운전중 자동차사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에 정한 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 자동차사고 부상치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	자동차사고 부상치료지원금	상해등급	자동차사고 부상치료지원금
1급	500만원	5급	80만원
2급	350만원	6급	40만원
3급	250만원	7급	20만원
4급	150만원	8~14급	10만원

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함되는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생된 손해
   나. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   다. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   마. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서

가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서(상해등급 기재)

나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원과 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 및 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나.목의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

2-31. [갱신형] 자동차사고 부상치료지원금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 정한 사고(이하「자동차사고」라 합니다)로 인한 상해의 직접결과로써【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에 정한 상해등급을 받은 경우 아래의 금액을 자동차사고 부상치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

상해등급	자동차사고 부상치료지원금	상해등급	자동차사고 부상치료지원금
1급	500만원	5급	80만원
2급	350만원	6급	40만원
3급	250만원	7급	20만원
4급	150만원	8~14급	10만원

1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승중에 급격하고도 우연한 자동차사고
3. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 자동차사고

<용어풀이>

「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함되는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안에 발생한 손해
   나. 하역작업을 하는 동안에 발생한 손해
   다. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안에 발생한 손해
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 손해

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서(상해등급 기재)
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원과 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 및 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나.목의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 이 특별약관의 사망당시 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3. 질병관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 하여 각각의 질병관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

3-1. 질병 사망 · 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 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 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지

급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-2. [갱신형] 질병 사망 · 고도후유장해 특별약관
[갱신형] 질병 사망 · 고도후유장해Ⅱ 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 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 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받

은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 질병사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-3. 암 사망 · 고도후유장해(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

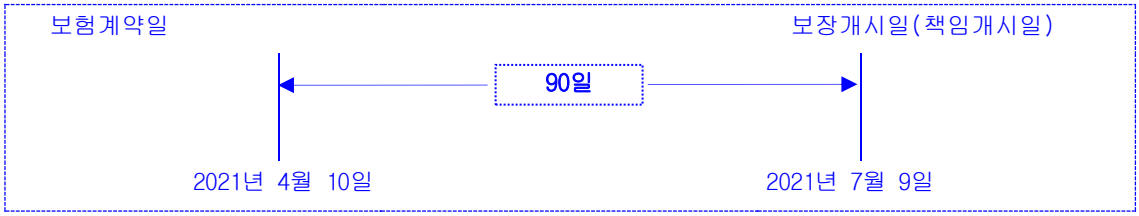
구분	사망보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	고도후유장해보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정

시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병관련4】 「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

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

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보

험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제20조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 암사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-4. [갱신형] 암 사망 · 고도후유장해(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 아래에 정한 금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

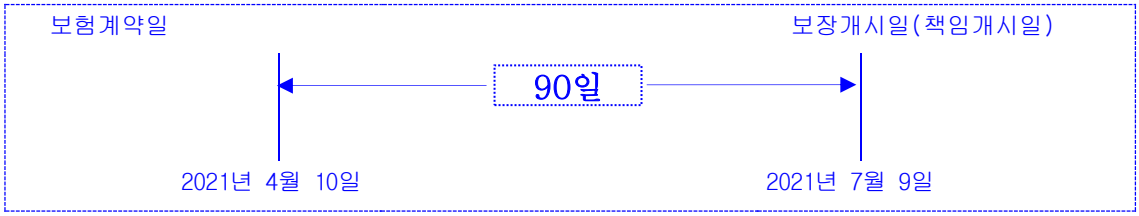
구분	사망보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 아래에 정한 금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	고도후유장해보험금
보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
가입후 1년이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 단,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정

시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병관련4】 「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

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

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보

험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제20조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 암사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-5. 암 사망 · 고도후유장해(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 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 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따

릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병관련4】 「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 암사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보

통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-6. [갱신형] 암 사망 · 고도후유장해(갱신계약용) 특별약관
[갱신형] 암 사망 · 고도후유장해Ⅱ(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망한 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 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 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지

급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특별약관에서 고도후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병관련4】「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합

니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 암사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관 은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-7. 질병 고도장해 재활자금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 장해등급표(【별표-질병관련1】 참조)의 지체장해, 뇌병변장해, 시각장해, 청각장해, 언어장해, 지적장해, 신장장해, 심장장해 중 1급 또는 2급에 해당하는 하나 이상의 장해가 보험기간 중에 발생하여 그 상태가 확정된 경우(단, 간장해, 안면장해, 장루·요루장해, 호흡기장해, 자폐성장해, 정신장해, 뇌전증장해는 제외) 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 질병 고도장해 재활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장해상태가 발생하였지만 보험기간 내 그 상태가 확정되지 않는 경우에도 장해유형별 장해판정 시기(【별표-질병관련1.1】 참조)에 장해 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장해상태가 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 결정하되 장해등급표(【별표-질병관련1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 장해 상태가 확정되었을 때, 2종류 이상의 장해가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장해 합산시 상향조정된 장해등급(【별표-질병관련1.2】 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금 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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 보험수익자가 질병 고도장해 재활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병

<용어해설>
'선천적 질환'이란 출생시의 신체적 기형·감각 이상·대사이상·신경발달학적 이상·유전적 결함 및 이로 인해 발생한 질환 등을 의미합니다.

3. 자폐성장해 및 정신장해의 일환으로 나타나는 언어장해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 고도장해 재활자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-8. [갱신형] 질병 고도장해 재활자금 특별약관
[갱신형] 질병 고도장해 재활자금II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 장해등급표(【별표-질병관련1】 참조)의 지체장해, 뇌병변장해, 시각장해, 청각장해, 언어장해, 지적장해, 신장장해, 심장장해 중 1급 또는 2급에 해당하는 하나 이상의 장해가 보험기간 중에 발생하여 그 상태가 확정된 경우(단, 간장해, 안면장해, 장루·요루장해, 호흡기장해, 자폐성장해, 정신장해, 뇌전증장해는 제외) 최초 1회에 한하여 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 질병 고도장해 재활자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 장해상태가 발생하였지만 보험기간 내 그 상태가 확정되지 않는 경우에도 장해유형별 장해판정 시기(【별표-질병관련1.1】 참조)에 장해 판정을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 장해상태가 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 결정하되 장해등급표(【별표-질병관련1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 장해 상태가 확정되었을 때, 2종류 이상의 장해가 동시에 중복되어 있는 경우에는 중복장해 합산시 상향조정된 장해등급(【별표-질병관련1.2】 참조)에 해당되는 보험금을 지급합니다.

③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금 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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

④ 보험수익자가 질병 고도장해 재활자금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자의 선천적 기형, 선천적 질환 및 이에 근거한 상병

<용어해설>

'선천적 질환'이란 출생시의 신체적 기형·감각 이상·대사이상·신경발달학적 이상·유전적 결함 및 이로 인해 발생한 질환 등을 의미합니다.

3. 자폐성장해 및 정신장해의 일환으로 나타나는 언어장해

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 고도장해 재활자금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-9. 질병 가족생활지원금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 질병 가족생활지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 10년간 매년 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험금 지급사유 발생일(단, 해당년도에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 보험금 지급사유 발생일이 속한 달의 마지막 날로 합니다)에 질병 가족생활지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 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 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 질병 가족생활지원금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따

릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병 가족생활지원금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병 가족생활지원금에서 이미 지급받은 질병 가족생활지원금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 특별약관에서 질병 가족생활지원금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병 가족생활지원금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병 가족생활지원금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병 가족생활지원금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우

최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.

- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑨ 보험수익자가 질병 가족생활지원금을 일시에 지급받고자 요청한 때에는 회사는 예정이율을 반영하여 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 질병 가족생활지원금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 질병 가족생활지원금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 계약은 소멸되지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-10. [갱신형] 암 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

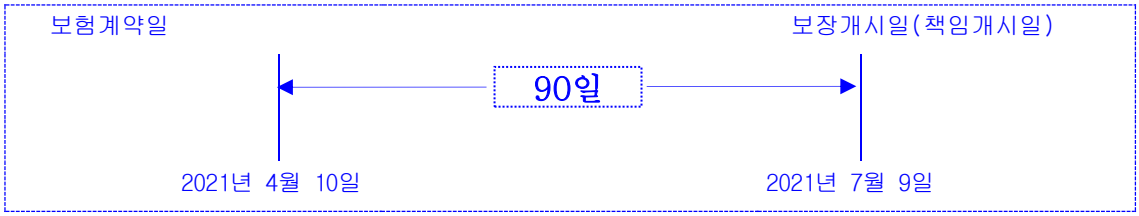
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 암 진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」은 진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	암진단비	
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 5%	이 특별약관 보험가입금액의 10%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

< 보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.
* 피보험자의 보험나이와 관계없이「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」, 「제자리암」또는「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을

진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병관련4】 「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병관련5】「제자리신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병관련6】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제20조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 보험나이 15세 이상 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의

정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비 중 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되어 보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-11. [갱신형] 암 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 피보험자가 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 암 진단비를 지급받은 이후에 진단받은「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는 「경계성종양」은 진단비를 지급하지 않습니다.

구 분	암진단비
암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 10%

② 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」, 「제자리암」또는「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병(【별표-질병관련4】 「악성신생물 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표-질병관련5】「제자리신생물 분류표」참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표-질병관련6】「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」참조)을 말합니다.

③「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」

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

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비 중 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되어 보험금이 지급된 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-12. [갱신형] 고액치료비암 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

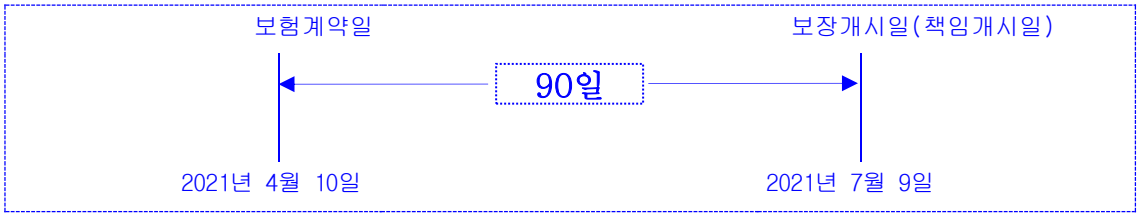
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항 및 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 고액치료비암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	고액치료비암 진단비	
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
고액치료비암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

< 보험나이 15세 이상 피보험자의「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 예시 >



* 보험나이 15세 미만 피보험자의「고액치료비암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「고액치료비암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「고액치료비암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물

(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「췌장(이자)의 악성신생물」,「골 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관절조직의 악성신생물」(【별표-질병관련8】「고액치료비암 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 고액치료비암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제20조(계약의 무효) 제1호 내지 제3호
2. 보험나이 15세 이상 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(고액치료비암의

정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 고액치료비암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(고액치료비암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 고액치료비암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 책임준비금을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-13. [갱신형] 고액치료비암 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「고액치료비암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 고액치료비암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「고액치료비암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「고액치료비암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중「식도의 악성신생물」,「췌장(이자)의 악성신생물」,「골 및 관절연골의 악성신생물」,「뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물」,「림프, 조혈 및 관절조직의 악성신생물」(【별표-질병관련8】「고액치료비암 분류표」참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 고액치료비암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 예시안내 >

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

【유의사항】

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

< 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시 >

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 고액치료비암 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 위의 제1항의 경우 고액치료비암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-14. [갱신형] 뇌출혈 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	뇌출혈 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「뇌출혈」진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표-질병관련2】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보

상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-15. [갱신형] 뇌출혈 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌출혈로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표-질병관련2】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출 단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌출혈로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-16. [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	급성심근경색증 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「급성심근경색증」진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표-질병관련3】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효

력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-17. [갱신형] 급성심근경색증 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 급성심근경색증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표-질병관련3】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계

약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-18. [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 만성당뇨합병증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	만성당뇨합병증 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「만성당뇨합병증」진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「만성당뇨합병증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「만성당뇨합병증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표-질병관련7】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

②「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백이 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류),
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우

4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-19. [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 만성당뇨합병증으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 만성당뇨합병증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「만성당뇨합병증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「만성당뇨합병증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표-질병관련7】(만성당뇨합병증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

②「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 반드시 피보험자가 당뇨병의 병력과 함께 다음과 같은 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백이 500mg이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아틴치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류),
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성당뇨합병증 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-20. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

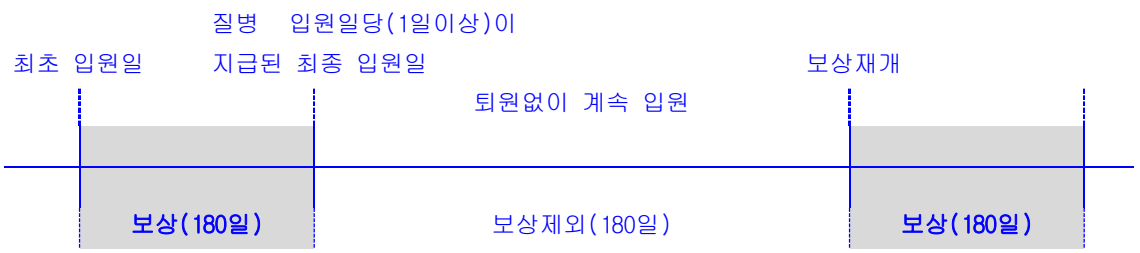
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

< 보상기간 예시 >



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등

에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-21. [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

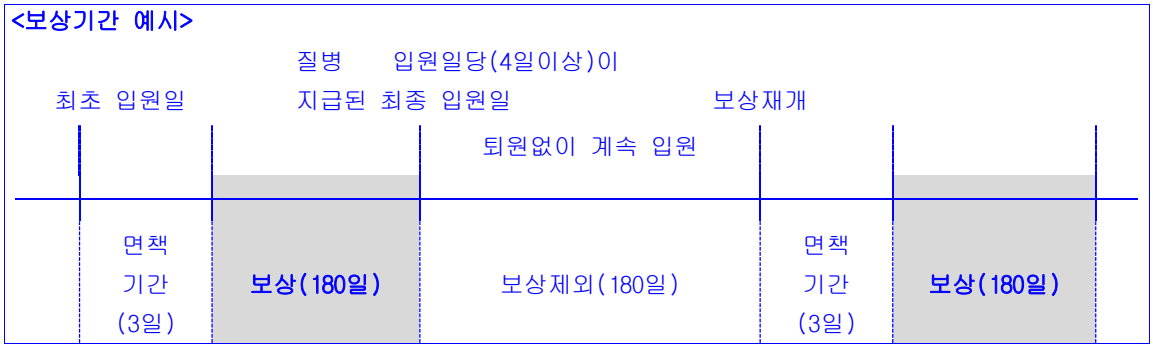
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(4일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(4일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(4일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보상기간 예시>



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(4일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(4일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가

진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

3-22. [갱신형] 조혈모세포이식 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중 진단확정된 질병으로 인하여 조혈모세포이식수술을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1.「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

2.「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

3.「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

4.「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

5.「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식 수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관

의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-23. [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(최초계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「중대한뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중대한뇌졸중 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	중대한뇌졸중 진단비	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
「중대한뇌졸중」진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「중대한뇌졸중」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 장해지급률의 판정없이 사망한 경우에는 그 사망일을 "중대한뇌졸중" 진단 확정일로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 보험수익자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 장해지급률의 확정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.

⑤ 제4항에서 "뇌졸중"이라 함은 "중대한뇌졸중"의 원인이 되는 제3조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정) 제1항의 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증을 말합니다. 다만, 제3조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 질병은 제외합니다.

⑥ 제4항에서 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술 (PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「중대한뇌졸중」이라 함은 뇌혈관의 급격한 장애(거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증)로 인해 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부 상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(Sign)로 나타난 장해분류표(【별표2】참조. 이하 같습니다)에서 정한 "신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률이 25% 이상인 장해상태[장해분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장해 "가.장해의 분류 1)" 및 "나.장해판정기준 1) 신경계 ①,③"에 따라 판정함]를 말합니다.

③ 일과성 허혈 발작(Transient Ischemic Attack), 가역적허혈성 신경학적 결손(Reversible Ischemic Neurological Deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌경색증, 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈의 경우에도 보장에서 제외합니다.

1. 외상으로 인한 경우
2. 뇌종양으로 인한 경우
3. 뇌수술 합병증으로 인한 경우
4. 신경학적 결손을 가져오는 안동맥(Ophthalmic Artery)의 폐색

④ 중대한뇌졸중의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 중대한뇌졸중에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 중대한 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 중대한 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한뇌졸중 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관

의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

3-24. [갱신형] 중대한뇌졸중 진단비(갱신계약용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「중대한뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한뇌졸중 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「중대한뇌졸중」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는, 이미 지급된 책임준비금을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단 확정되었으나 급격한 상태 악화로 장해지급률의 판정없이 사망한 경우에는 그 사망일을 "중대한뇌졸중" 진단 확정일로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 보험수익자는 사망일 이전에 급격한 상태 악화로 장해지급률의 확정이 불가능하였다는 의사소견서를 회사에 제출하여야 합니다.

⑤ 제4항에서 "뇌졸중"이라 함은 "중대한뇌졸중"의 원인이 되는 제3조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정) 제1항의 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증을 말합니다. 다만, 제3조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 질병은 제외합니다.

⑥ 제4항에서 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술 (PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(중대한뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「중대한뇌졸중」이라 함은 뇌혈관의 급격한 장애(거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증)로 인해 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.

② 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부 상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(Sign)로 나타난 장해분류표(【별표2】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 "신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때"의 지급률이 25% 이상인 장해상태[장해분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장해 "가.장해의 분류 1)" 및 "나.장해판정기준 1) 신경계 ①,③"에 따라 판정함]를 말합니다.

③ 일과성 허혈 발작(Transient Ischemic Attack), 가역적허혈성 신경학적 결손(Reversible Ischemic Neurological Deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌경색증, 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈의 경우에도 보장에서 제외합니다.

1. 외상으로 인한 경우
2. 뇌종양으로 인한 경우
3. 뇌수술 합병증으로 인한 경우
4. 신경학적 결손을 가져오는 안동맥(Ophthalmic Artery)의 폐색

④ 중대한뇌졸중의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층 촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 중대한뇌졸중에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 중대한 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 중대한 뇌졸중으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대한뇌졸중 진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

4. 상해 및 질병관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 하여 각각의 상해 및 질병관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

4-1. [갱신형] 5대장기이식 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 5대장기라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 5대장기이식수술이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(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 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「5대장기이식수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 5대장기이식으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 "장기 등 이식에 관한 법률" 제25조(장기이식의료기관)에 정한 장기이식의료기관에서 의사의 관리 하에 5대장기이식을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액•조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한「5대장기이식 수술비」를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 피보험자에 대한 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5. 재물관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 하여 피보험자 별로 각각의 재물관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 피보험자 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(손해의 통지 및 조사)

① 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않습니다.

③ 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 배상책임의 경우 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제3조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

<용어풀이>
· 가지급보험금 : 보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

③ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제5조(손해액의 조사결정)
회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제6조(현물보상)
회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로서 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제7조(대위권)
① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.
⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')에 대한 것으로서, 임차인 등이 보험료를 납부하는 경우 임차인 등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인 등 및 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제8조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 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 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조(주소변경통지)

① 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 피보험자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 보험의 목적을 양도할 때
3. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속해서 15일 이상 수선할 때
4. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 증가하는 경우
5. 보험의 목적 또는 보험의 목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
6. 보험의 목적을 다른 장소로 옮길 때
7. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제12조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제10조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 이 특별약관에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 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.

⑤ 손해가 제1항의 사실로 생긴 것임을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계

약을 최초계약으로 봅니다.

제13조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제14조(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 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 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.

<약관의 중요한 내용>

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보험금 지급제한 사유 및 지급절차
- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약의 해지 및 해제
- 분쟁조정 절차에 관한 사항
- 예금자보호법에 따른 보호여부
- 환급금에 관한 사항
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<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 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

<자필서명>

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제15조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제16조(보험의 목적에 대한 조사)

회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제17조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제18조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이

를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제19조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 다음의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 그 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
② 제1항의 납입최고(독촉)기간은 납입최고(독촉)의 통지가 계약자(타인을 위한 계약의 경우에는 그 특정된 타인을 포함)에게 도달한 날부터 시작되며, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.
③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
④ 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
⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))
① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국

세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제21조(계약내용의 변경 등)에 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제21조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제22조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 이 특별약관에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제23조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

5-1. [갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 보험의 목적에 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다)로 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자: 보험사고로 인하여 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 보험의 목적: 이 약관에 따라 보험에 가입한 물건으로 보험증권에 기재된 물건 등을 말합니다.

② 보상 관련 용어

1. 보험가입금액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
2. 보험가액 : 재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험의 목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다.(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)

<용어풀이>
손해액이란 보험의 목적에 발생한 손해를 금액으로 산정한 것을 말하며, 이는 목적물의 사용기간에 따른 감가상각을 적용한 금액을 말합니다.

3. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담 : 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
5. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
6. 중요한 사항 : 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나보험가입금액 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

1. 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

2. 예정이율 : 회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립합니다. 이 때 적립된 금액의 운용수익률을 미리 예상하여 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라 합니다.

3. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보험료 : 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ [갱신형] 특별약관의 갱신 관련 용어

1. 최초계약: [갱신형] 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.

2. 갱신계약: [갱신형] 특별약관의 보험기간이 끝난 후 9. 보장계약 자동갱신 특별약관 제2조(보장계약의 자동갱신) 제1항에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

3. 갱신일: [갱신형] 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 보험의 목적이 화재 및 폭발, 파열로 입은 아래의 손해(이하「화재손해」라 합니다)와 붕괴, 침강 및 사태로 인하여 보험의 목적에 발생한 손해(이하 「붕괴 등의 손해」라 합니다)를 보상합니다.

1. 화재 및 폭발, 파열에 따른 직접손해

2. 화재 및 폭발, 파열에 따른 소방손해(화재진압과정에서 발생하는 손해)

3. 화재 및 폭발, 파열에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안에 보험의 목적에 생긴 위 제1호 및 제2호의 손해를 포함합니다)

<용어풀이>

「폭발, 파열」이라 함은 급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

② 제1항의 붕괴, 침강, 사태라 함은 다음을 말합니다.

1. 붕괴 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 무너져

내리는 것을 말합니다. 다만, 균열 또는 파손에 의해 일부가 떨어지는 것은 붕괴로 보지 않습니다.

2. 침강 : 폭발, 파열, 화재 등의 외력이 아닌 통상적 용도에 따라 건물 또는 건축구조물을 사용할 때에 그 자체의 내부결함이나 부식 및 침식 등으로 그 전부나 일부가 갑자기 내려앉는 것을 말합니다.

3. 사태 : 비로 말미암아 산이나 언덕의 토사가 한꺼번에 무너져 내리는 것을 의미합니다.

4. 위 제1호 내지 제3호에도 불구하고, 다른 약정이 없을 경우 옹벽 또는 축대는 보험의 목적으로 보지 않습니다.

<용어풀이>

옹벽(擁壁) : 토압력(土壓力)에 저항하여 흙이 무너지지 못하게 만 든 벽체(壁體)를 말합니다.

축대(築臺) : 집터, 건물터, 해변이나 강변 등 일정한 목적과 범위를 가진 토지가 그 목적에 맞는 안정된 지반을 갖게하기 위하여 그 주변에 쌓는 벽을 말합니다.

③ 제1항의「화재손해」가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 잔존물제거비용을 추가로 지급합니다.

④ 제3항의 잔존물제거비용이라 함은 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용 및 차에 싣는 비용을 말합니다. 다만, 제1항에서 보장하지 않는 위험으로 보험의 목적이 손해를 입거나 관계법령에 의하여 제거됨으로써 생긴 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

<청소비용>

사고현장 및 인근 지역의 토양, 대기 및 수질 오염물질 제거비용과 차에 실은 후 폐기물 처리비용은 포함하지 않습니다.

⑤ 제1항에서 보장하는 화재손해 위험 및 붕괴 등의 손해 위험으로 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용을 추가로 지급합니다.

1. 손해방지비용 : 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용

2. 대위권 보전비용 : 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용

3. 잔존물 보전비용 : 잔존물을 보전하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용. 다만, 제13조(잔존물)에 의해 회사가 잔존물을 취득한 경우에 한합니다.

4. 기타 협력비용 : 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용

⑥ 아래의 물건은 제1항의 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것

2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다). 다만, 전시용자동차는 제외합니다.

⑦ 아래의 물건은 보험증권에 기재하여야만 제1항의 보험의 목적이 됩니다.

1. 귀금속, 귀중품, 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 상품인 경우에는 제외합니다.

2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형(쇠틀), 목형(나무틀), 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

<귀중품>
무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상

⑧ 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 제1항의 보험의 목적에 포함됩니다.

1. 건물인 경우

가. 건물의 부속물 : 피보험자 소유인 칸막이, 대문, 담, 곳간 및 이와 비슷한 것

나. 건물의 부착물 : 피보험자 소유인 간판, 네온사인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것

다. 건물의 부속설비 : 피보험자 소유인 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것

2. 건물이외 경우 : 피보험자 또는 그와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물(생활용품, 집기·비품 등)

⑨ 주택을 보험의 목적으로 하는 계약에서 보험의 목적이라 함은 아래의 물건을 말합니다.

1. 주택으로만 쓰이는 건물 중 다음의 것 및 그 수용가재

가. 단독주택(다중주택, 다가구주택 포함)

나. 주택의 부속건물로써 가재만을 수용하는데 쓰이는 것

다. 연립(다세대)주택, 아파트(주상복합아파트의 주거 용도 부분을 포함합니다. 이하 같습니다)로써 각 호(실)가 모두 주택으로만 쓰이는 것. 다만, 아파트에는 단지내 상가를 제외한 구내의 부대시설 또는 복리시설을 포함합니다.

2. 주택병용 건물로써 아래의 용도로 사용하는 건물 및 그 수용가재

가. 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)

나. 치료(안수, 침구(침질, 뜸질), 접골, 조산원 및 이와 비슷한 것

제4조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 화재 또는 폭발, 파열사고가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실
3. 보험의 목적의 발효, 자연발열, 자연발화. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
4. 화재에 기인되지 않는 수도관, 수관 또는 수압기의 파열
5. 발전기, 여자기(정류기를 포함합니다), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 전기적 사고로 손해가 생긴 그 전기기기 또는 장치 이외의 보험의 목적에 생긴 화재, 폭발 또는 파열로 인한 손해는 보상합니다.
6. 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 지진, 분화(噴火), 해일, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동(군중 또는 다수인의 집단행동에 의해 전국 또는 일부지역에 있어서 현저히 평온을 해쳐 치안유지상 중대한 사태라고 인정되는 상태를 말합니다), 소요, 기타 이들과 유사한 사태
7. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
8. 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능오염
9. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 제3조(보상하는 손해) 제1항의 손해에 의한 보험금과 제3조(보상하는 손해) 제3항 제1호의 잔존물 제거비용은 각각 제6조(지급보험금의 계산)의 계산을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다. 다만, 잔존물제거비용은 손해액의 10%를 초과할 수 없습니다.

② 제3조(보상하는 손해) 제5항의 비용손해 중 손해방지비용, 대위권 보전비용 및 잔존물 보전비용은 제6조(지급보험금의 계산)을 준용하여 계산한 금액이 보험가입금액을 초과하는 경우에도 이를 지급합니다.

③ 제3조(보상하는 손해) 제5항 제4호의 기타 협력비용은 보험가입금액을 초과한 경우에도 이를 전액 지급합니다.

제6조(지급보험금의 계산)

① 회사가 지급할 제3조(보상하는 손해) 제1항의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 손해액 전부(보험가액을 한도로 합니다)를 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 클 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다. 이 경우 보험자 1명에 대한 보험금 청구를 포기한 경우에도 다른 보험자의 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

3. 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 상법 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.
4. 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 상법 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

③ 하나의 보험가입금액으로 다수의 보험의 목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험

금을 계산합니다.

제7조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제8조 (잔존물)

회사가 제3조(보상하는 손해) 제1항의 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보상하는 손해)의 화재손해 또는 붕괴 등의 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다) 미만인 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 않으며, 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보험의 목적에 대한 이 특별약관의 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제3조(보상하는 손해)에서 정하지 않는 사유로 보험의 목적에 대하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 회사가 적립한 보장부분 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 해당 보험의 목적에 대한 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

<책임준비금>

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

③ 보험의 목적이 다수인 경우에는 제1항 및 제2항은 보험의 목적별로 각각 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-1-1. [갱신형] 특수건물 추가특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 보험증권에 기재된 이 추가특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」제2조 제3호와 동법 시행령 제2조 제1항에서 정하는 특수건물(동산은 제외합니다. 이하「특수건물」이라 합니다)에 대하여는 아래의 위험으로 인하여 보험의 목적에 생긴 손해도 보상합니다.

1. 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재
2. 항공기 또는 그로부터의 낙하물

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 특별약관 5-1. [갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관(이하「화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관」이라 합니다) 제3조(보상하지 않는 손해)에 정한 손해 및 아래의 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보험의 목적에 생긴 분실 또는 도난손해
2. 원인의 직접, 간접에 관계없이 지진 또는 분화로 생긴 손해
3. 풍재 또는 수재에 관계없이 댐 또는 제방이 터지거나 무너져 생긴 손해
4. 바람, 비, 눈, 우박 또는 모래, 먼지가 들어옴으로써 생긴 손해. 그러나 보험의 목적인 건물이 풍재 또는 수재로 직접 파손되어 보험의 목적에 생긴 손해는 보상합니다.
5. 추위, 서리, 얼음, 눈으로 생긴 손해
6. 풍재의 직접, 간접에 관계없이 보험의 목적인 네온싸인장치에 전기적 사고로 생긴 손해 및 건식전구의 필라멘트에 생긴 손해

제3조(추가특별약관의 소멸)

① 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 제8조(특별약관의 소멸)에 따라 해당 특별약관 계약이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 추가특별약관 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에서 정하지 않는 사유로 보험의 목적에 대하여 이 추가특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 추가특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관, 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-1-1-가. 신규특수건물의 안전점검 전 선계약 추가특별약관

이 계약은「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」제16조의 규정에 따라 안전점검을 실시하고 계약을 체결하여야 하나, 부득이한 사유로 안전점검 실시 전 계약을 체결키로 하고 조속한 시일 내에 안전점검을 실시 후 보험의 목적물의 구조, 급수, 면적, 작업공정, 직업 등이 서로 다를 경우에는 아래와 같은 시점을 기준으로 그 결과에 따라 보험가입금액을 조정할 수 있으며 보험료의 차액을 받거나 돌려드리기로 합니다.

환급 또는 추징의 기준시점

1. 보험가입금액의 조정 : 안전점검 시점
2. 적용요율 : 변경사유가 발생한 시점

5-1-2. [갱신형] 신체손해 배상책임 추가특별약관

제1조(용어의 정의)

이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

① 특수건물이라 함은「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하「법」이라 합니다) 제2조 제3호와 동법시행령(이하「시행령」이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 건물을 말합니다.

② 건물소유자 배상책임이라 함은 법 제4조 제1항에서 정하는 배상책임을 말합니다. 단, 특수건물이 주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 민법상의 배상책임을 포함합니다.

③ 타인이라 함은 특수건물의 소유자 및 그 주거를 같이하는 직계가족(법인인 경우는 이사 또는 업무집행기관) 이외의 사람을 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 이 추가특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 특수건물의 화재로 타인이 사망하거나 부상함으로써 건물소유자 배상책임에 따라 피보험자가 부담해야 할 손해(이하「손해」라 합니다)를 보상합니다.

② 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 회사는 보험의 목적이 주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 손해도 보상합니다.

<용어풀이>

「폭발, 파열」이라 함은 급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피해자 고의나 법령 위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고 간 인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 발생한 화재(보험의 목적이 주택인 경우에는 폭발, 파열을 포함합니다)로 피해자 본인이 입은 손해
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

4. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고 또는 이들 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제4조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보상하는 손해) 제3항 제1호 및 제2호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 제2조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 다음과 같습니다.

1. 제2항 제1호의 손해배상금 : 법 제8조 제1항 제2호, 제3호, 시행령 제5조, 동법 시행규칙 제2조에 따라 결정합니다.(【별표-재물관련1】 참조)
2. 제2항 제2호 가.목, 나.목 및 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제2항 제2호 다.목 및 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 이 추가특별약관의 보험증권에 기재된 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 보험금의 청구 및 지급방법은 시행령 제8조를 따릅니다.

제6조(보험금의 비례배분)

피보험자가 다수인 때에는 회사가 지급할 보험금을 한도로 하여 재해를 입은 특수건물의 소유지분 비율에 따라 보상합니다.

제7조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 추가특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제8조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제9조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(피보험자의 권리, 의무의 승계)

특수건물이 양도된 경우에 양수인 또는 그 지정하는 자는 이 계약에 의한 피보험자의 권리, 의무를 승계한 것으로 봅니다.

제12조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<보상책임을 지는 한도>

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제13조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.
⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')에 대한 것으로서, 임차인 등이 보험료를 납부하는 경우 임차인 등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인 등 및 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제15조(조사)

① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제16조(추가특별약관의 소멸)

① 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 특별약관 5-1. [갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관(이하「화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관」이라 합니다) 제9조(특별약관의 소멸)에 따라 해당 특별약관 계약이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 추가특별약관 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에서 정하지 않는 사유로 보험의 목적에 대하여 이 추가특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 회사가 적립한 이 추가특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 추가특별약관은 더 이

상 효력이 없습니다.

제17조(준용규정)

이 추가특별약관, 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-2. [갱신형] 화재대물 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 이 특별약관에 따라 보험에 가입한 물건(이하「보험의 목적」이라 합니다)에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망가뜨려(이하「재물손해」라 합니다) 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다.

② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제2조(피보험자의 범위)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 피보험자 본인의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자로 봅니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 피보험자가 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 화재가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
4. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 피보험자가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
2. 계약자 또는 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
3. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제4조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제1조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2호 다.목 또는 라.목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 회사는 제1조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
1. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제1조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

제6조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제7조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공

제계약을 포함합니다.
③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제7조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제1조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조

하여야 합니다.
③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제10조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<보상책임을 지는 한도>

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.
③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.
⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')에 대한 것으로서, 임차인 등이 보험료를 납부하는 경우 임차인 등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인 등 및 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제12조(계약 후 알릴 의무)
① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제13조(양도)
보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제14조(조사)
① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제15조(특별약관의 소멸)
① 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 특별약관 5-1.[갱신형] 화재 및 붕괴 등의 손해(Ⅱ) 특별약관 제7조(특별약관의 소멸)에 따라 해당 특별약관 계약이 소멸된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.
② 제1항에서 정하지 않는 사유로 보험의 목적에 대하여 이 특별약관에서 정한 보험금 지급

사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

5-3. [갱신형] 도난손해 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 보험의 목적이 보험증권에 기재된 주택구내에 있는 동안 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해(이하「도난손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

② 제1항에서 보장하는 도난손해 위험 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용을 추가로 지급합니다.

1. 손해방지비용 : 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용
2. 대위권 보전비용 : 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용
3. 잔존물 보전비용 : 잔존물을 보전하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용. 다만, 제5조(잔존물)에 의해 회사가 잔존물을 취득한 경우에 한합니다.
4. 기타 협력비용 : 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용

③ 제1항의 주택구내라 함은 공동주택에 있어서는 베란다를 포함한 전용면적부분을 말하며 복도, 계단, 엘리베이터, 주차장 등의 공용면적부분은 제외합니다. 공동주택 이외 주택의 경우에는 옥상 및 담장 내를 말합니다.

<공동주택>

주택건설촉진법 시행령 제3조 제3항에 의거 대지, 벽, 복도, 계단 및 설비 등의 전부 또는 일부를 공동으로 사용하는 각 세대가 하나의 건축물 안에서 각각 독립된 주거생활을 영위할 수 있는 구조로 된 주택을 말합니다. 공동주택은 연립주택 및 아파트로 구분되며, 연립주택은 4층 이하의, 아파트는 5층 이상의 공동주택을 말합니다.

④ 회사는 도난당한 보험의 목적을 찾은 경우 그에 소요된 정당한 비용은 보상합니다.

⑤ 이 특별약관에서 보험의 목적이라 함은 아래의 물건을 말하며, 피보험자와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물에 한합니다.

1. 가재
2. 아래의 물건은 보험증권에 기재하여야만 보험의 목적이 됩니다.

   가. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 판매를 목적으로 하는 상품인 경우에는 제외합니다.

   나. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

<귀중품>

무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상

⑥ 아래의 물건은 제1항의 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동 3륜차, 자동 2륜차를 포함합니다) 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보험의 목적에 생긴 아래와 같은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
2. 계약자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
3. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인(監守人)이 저지르거나 가담한 도난
4. 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
5. 화재나 지진, 분화, 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 도난
6. 보험의 목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
7. 보험의 목적의 수용장소를 계속하여 72시간 이상 비워 둔 사이에 생긴 도난
8. 보험사고가 생긴 후 30일 이내에 알지 못한 도난

제3조 (보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 경찰서에서 발행한 도난신고확인서
4. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조 (보험금 등의 지급한도)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 손해에 의한 보험금은 제5조(지급보험금의 계산)을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다.

② 제1조(보상하는 손해) 제2항의 비용손해 중 손해방지비용, 대위권 보전비용 및 잔존물 보전비용은 제5조(지급보험금의 계산)을 준용하여 계산한 금액이 보험가입금액을 초과하는 경우에도 이를 지급합니다.

③ 제1조(보상하는 손해) 제2항 제4호의 기타 협력비용은 보험가입금액을 초과한 경우에도 이를 전액 지급합니다.

제5조(지급보험금의 계산)

① 회사는 제1조(보상하는 손해)의 도난손해가 발생한 때에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상합니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포

함합니다)이 있는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 같은 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법이 다른 경우

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

3. 이 보험계약이 타인을 위한 보험계약이면서 보험계약자가 다른 계약으로 인하여 상법 제682조에 따른 대위권 행사의 대상이 된 경우에는 실제 그 다른 계약이 존재함에도 불구하고 그 다른 계약이 없다는 가정하에 제1항에 따라 계산한 보험금을 그 다른 보험계약에 우선하여 이 보험계약에서 지급합니다.
4. 이 보험계약을 체결한 보험회사가 타인을 위한 보험에 해당하는 다른 계약의 보험계약자에게 상법 제682조에 따른 대위권을 행사할 수 있는 경우에는 이 보험계약이 없다는 가정하에 다른 계약에서 지급받을 수 있는 보험금을 초과한 손해액을 이 보험계약에서 보상합니다.

③ 하나의 보험가입금액으로 다수의 보험의 목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

제6조(잔존물)

회사가 제1조(보상하는 손해) 제1항의 보험금을 지급하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

제7조(도난품의 귀속)

보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제23조(계약의 소멸)은 제외합니다.

6. 배상책임관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 기명 피보험자(이하「기명 피보험자」라 합니다)로 하여 각각의 배상책임관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제3조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제2조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

<용어풀이>

· 가지급보험금 : 보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

③ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음

날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(【별표1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제4조(의무보험과의 관계)

① 회사는 이 배상책임 관련 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제6조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제5조(보험금의 분담)

① 이 배상책임관련 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없을 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<보상책임을 지는 한도>

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제7조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인 등')에 대한 것으로서, 임차인 등이 보험료를 납부하는 경우 임차인 등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인 등 및 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제8조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상「고지의무」와 같습니다) 합니다.

제9조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제10조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 위의 제9조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 하나에 해당되는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 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.

⑤ 손해가 제1항의 사실로 생긴 것임을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제11조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제12조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제13조(특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

③ 회사는 계약자가 제1항에 따라 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보상한도액을 감액할 때 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제15조(조사)

① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보

험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제16조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인이 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제17조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제18조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

6-1. [갱신형] 가정 일상생활(화재대물배상제외) 배상책임 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약 관련 용어

1. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

② 보상 관련 용어

1. 배상책임 : 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
2. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제5조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.
3. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담 : 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
5. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
6. 중요한 사항 : 계약전 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.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 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

2. 예정이율 : 회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립합니다. 이 때 적립된 금액의 운용수익률을 미리 예상하여 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라 합니다.

3. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보험료 : 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ [갱신형] 특별약관의 갱신 관련 용어

1. 최초계약: [갱신형] 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.

2. 갱신계약: [갱신형] 특별약관의 보험기간이 끝난 후 9. 보장계약 자동갱신 특별약관 제2조(보장계약의 자동갱신) 제1항에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

3. 갱신일: [갱신형] 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

① 회사는 제2항에서 정한 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 열거한 사고(이하「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 피해를 입혀 법률상의 배상책임(이하「대인 배상책임」이라 합니다)을 부담하거나 타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하「배상책임손해」라 합니다)를 이 약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 주거하는 보험증권에 기재된 주택(부지 내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고

2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 가족을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하「피보험자 본인」라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록부상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하「배우자」라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거 중인 미혼 자녀

< 관련법규 >

※ 민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위

: 8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

④ 제2항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고 또는 이들 특성에 의한 사고
5. 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 피해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여

정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 이를 적용하지 않습니다.

7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임

8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

<유의사항>
이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)도 차량에 포함됩니다.

10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.

11. 폭력행위로 인한 배상책임

12. 주택에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망가뜨려 발생한 배상책임

13. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임

14. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

15. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제5조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제1호 및 제2호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제6조(보험금 등의 지급한도)

제3조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금(「대물배상책임」은 20만원,「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는「대물 배상책임」및「대인 배상책임」손해를 더한 금액을 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

제7조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제9조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상 청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에

관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제23조(계약의 소멸)은 제외합니다.

6-2. [갱신형] 임차자(화재, 폭발 · 파열, 소요노동쟁의) 배상책임 특별약관

제1조 (목적)

이 특별약관은 계약자와 회사 사이에 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입는 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람으로 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

② 보상 관련 용어

1. 배상책임 : 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
2. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제8조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.
3. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담 : 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
5. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
6. 중요한 사항: 계약전 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.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

1. 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

2. 예정이율: 회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립합니다. 이 때 적립된 금액의 운용수익률을 미리 예상하여 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을 "예정이율"이라 합니다.

3. 해지환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ [갱신형] 특별약관의 갱신 관련 용어

1. 최초계약: [갱신형] 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.

2. 갱신계약: [갱신형] 특별약관의 보험기간이 끝난 후 해당 특별약관「특별약관의 갱신 및 보험기간」제1항에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

3. 갱신일: [갱신형] 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 임차한 보험증권에 기재된 부동산이 화재, 폭발, 파열 및 소요·노동쟁의로 인하여 없어지거나 망가짐으로써 그 부동산에 대하여 정당한 권리를 가진 자에게 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

<용어풀이>

「폭발, 파열」이라 함은 급격한 산화반응을 포함하는 파괴 또는 그 현상을 말합니다.

② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제7조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익한 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제4조(피보험자의 범위)

기명 피보험자(임차자)와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 기명 피보험자의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자로 봅니다.

제5조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 임차자의 고의 또는 중대한 과실
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고 또는 이들 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
6. 피보험자가 노동쟁의의 당사자인 경우 보험계약자 또는 피보험자측에 속하는 자가 노동쟁의와 관련하여 행한 행위로 보험의 목적에 생긴 손해
7. 소요 또는 노동쟁의에 대하여 공공기관이 보험의 목적을 압수, 징발 또는 파괴명령을 내림으로써 생긴 손해

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
2. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용
3. 임차자가 관리하는 기간에 발생한 급·배수관, 냉난방장치, 습도조절장치, 소화전, 업무용기구, 가사용기구 및 스프링쿨러로부터의 증기, 물 또는 내용물의 누출 혹은 넘쳐흐름으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 지붕, 문, 창, 통풍장치 등에서 새어 든 비 또는 눈 등으로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 배상책임의 목적인 임차부동산을 제외한 계약자 또는 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
6. 자연소모, 녹, 쥐가 쏠거나 벌레가 먹음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 사고로 생긴 것이 아닌 도장제비용에 대한 배상책임
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임

10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제6조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제1호 및 제2호 '다' 목 또는 '라' 목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금 등의 지급한도)

① 제3조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보험증권에 기재된 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

제8조(지급보험금의 계산)

① 회사는 지급할 보험금을 아래와 같이 계산합니다.

1. 보상한도액과 배상책임의 목적인 임차건물의 시가(이하「보험가액」이라 합니다)가 같을 때 : 손해액 전액
2. 보상한도액이 보험가액보다 적을 때 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{보상한도액}}{\text{보험가액}}$$

3. 보상한도액이 보험가액보다 많을 때 : 보험가액을 한도로 손해액 전액

② 계약자 또는 피보험자가 배상책임의 목적인 임차건물에 화재보험계약을 체결하였을 경우에 화재보험의 보험가입금액과 이 특별약관의 보상한도액의 합계액이 보험가액을 초과하는 경우에는 배상책임관련 특별약관 일반조항 제7조(보험금의 분담)에 따라 손해를 보상합니다.

제9조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는

그 밖의 긴급조치를 포함합니다)

2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일

3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보상하는 손해)에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한 번의 사고에 대하여 보상한도액(보험가액을 한도로 합니다)의 80% 해당액 이하인 때에는 이 특별약관의 보상한도액은 감액되지 않으며 80%를 넘을 때에는 손해배상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 않습니다.

② 제1항에서 정하지 않는 사유로 보험의 목적에 대하여 이 특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

③ 보험의 목적이 다수인 경우 제1항 및 제2항은 보험의 목적별로 각각 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통

약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

※ 용어풀이

신체장해	신체장해라 함은 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다
재물손해	재물손해라 함은 아래와 같습니다. ① 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 ② 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 ③ 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사 고	사고라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	1회의 사고라 함은 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
법률상의 배상책임	법률상의 배상책임이라 함은 법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.

7. 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자(단, 자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 하여 각각의 비용관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험증권에 기재된 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고 우연한 자동차 사고(이하「자동차 운전중 사고」라 합니다)로 발생한 보험증권에 기재된 비용 손해를 보상합니다.

<용어풀이>

「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 위 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제3조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

7-1. [갱신형] 운전자 벌금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super III(s2504) 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 끝난 후에 이루어진 경우를 포함)을 1사고마다 2,000만원을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급됩니다.
3. 계약자의 공의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-2. [갱신형] 교통사고처리지원금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super III(s2504) 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금(이하 「교통사고처리지원금」이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3,000만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일 이상 70일 미만 진단시	70일 이상 140일 미만 진단시	140일 이상 진단시
1,000만원	2,000만원	3,000만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3,000만원

④ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표-비용관련1】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반

교통사고로 보지 않습니다.
⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.
⑦ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
⑧ 제2항에 따라 보험회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-3. [갱신형] 중상해 교통사고처리지원금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다) 중 일반교통사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 매 사고마다 피해자 1인당 3,000만원을 한도로 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 중상해 교통사고처리지원금(이하 「중상해 교통사고처리지원금」이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 중상해 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 중상해 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항에서 일반교통사고라 함은 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다) 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

④ 제3항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표-비용관련1】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑥ 제1항에 따라 중상해 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있

어야 합니다)

3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서

5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 제2항에 따라 보험회사가 중상해 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원

2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)

3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

4. 중상해 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)

5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류

6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.

2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

5. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출

방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-4. [갱신형] 자동차사고 변호사선임비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(자가용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검사에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되게 된 경우에는 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액(이하「변호사선임비용」이라 합니다)을 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 1사고라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 실제로 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급됩니다.
3. 계약자의 공의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 판결문, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
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 수령에 필요하여 제출하는 서류

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가. 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항

제1조(가입대상자)

① 회사는 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자 본인(이하「본인」이라 합니다) 및 본인의 가족을 가입대상자(단, 영업용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)로 하며, 가입대상자 중 보험증권에 기재된 사람을 피보험자로 하여 각각의 비용관련 손해를 보상합니다.

② 제1항의 본인의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.

1. 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자)에서 정한 배우자(이하「배우자」라 합니다)
2. 본인의 가족관계등록부상 부모(이하「본인의 부모」라 합니다)
3. 배우자의 가족관계등록부상 부모(이하「배우자의 부모」라 합니다)
4. 만 30세 이하의 미혼자녀(이하「만 30세 이하 미혼자녀」라 합니다)로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험증권에 기재된 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고 우연한 자동차 사고(이하「자동차 운전중 사고」라 합니다)로 발생한 보험증권에 기재된 비용 손해를 보상합니다.

<용어풀이>

「자동차를 운전하던 중」이라 함은 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 위 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

③ 제2항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제3조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하「보장변경」이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

7-가-1. [갱신형] 운전자 벌금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 끝난 후에 이루어진 경우를 포함)을 1사고마다 2,000만원을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-2. [갱신형] 교통사고처리지원금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금(이하 「교통사고처리지원금」이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1명을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 교통사고처리지원금은 피해자 1명당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3,000만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일 이상 70일 미만 진단시	70일 이상 140일 미만 진단시	140일 이상 진단시
1,000만원	2,000만원	3,000만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3,000만원

④ 제1항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표-비용관련1】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제1항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반

교통사고로 보지 않습니다.
⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제3항의 금액을 한도로 보상합니다.
⑦ 제1항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류
⑧ 제2항에 따라 보험회사가 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)
회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)
① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$각\ 계약별\ 비례분담액 = 형사합의금 \times \frac{각\ 계약별\ 보상책임액}{각\ 계약별\ 보상책임액의\ 합계액}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-3. [갱신형] 중상해 교통사고처리지원금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하「자동차 운전중 교통사고」라 합니다) 중 일반교통사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 중상해를 입혀 형법 제258조 제1항 또는 제2항, 형법 제268조, 교통사고처리특례법 제3조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 【별표-상해관련5】(자동차사고 부상 등급표)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 매 사고마다 피해자 1인당 3,000만원을 한도로 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 중상해 교통사고처리지원금(이하 「중상해 교통사고처리지원금」이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 중상해 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 중상해 교통사고처리지원금에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제1항에서 일반교통사고라 함은 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다) 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 않습니다.

④ 제3항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표-비용관련1】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1항의 금액을 한도로 보상합니다.

⑥ 제1항에 따라 중상해 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있

어야 합니다)

3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서

5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 제2항에 따라 보험회사가 중상해 교통사고처리지원금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원

2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)

3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

4. 중상해 교통사고처리지원금 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)

5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류

6. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의

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

3. 계약자의 고의

4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

5. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-4. [갱신형] 자동차사고 변호사선임비용(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검사에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되게 된 경우에는 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액(이하「변호사선임비용」이라 합니다)을 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 1사고라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 실제로 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(소장, 판결문, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)
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 수령에 필요하여 제출하는 서류

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-5. [갱신형] 면허정지 위로금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자(영업용 운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 경우에는 면허정지 기간 동안 최고 60일을 한도로 면허정지기간 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지 위로금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지위로금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 면허정지기간이라 함은 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급됩니다.
3. 계약자의 공의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

7-가-6. [갱신형] 면허취소 위로금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자(영업용 운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 비용손해관련 특별약관(영업용운전자용) 일반조항 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 경우에는 1사고마다 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소 위로금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급됩니다.
3. 계약자의 공의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 사고
   가. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
   나. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태 또는 동법 제45조에 정한 약물 상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
   다. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당 피보험자의 사망당시 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 9. 보장계약 자동갱신 특별약관을 따릅니다.

8. 보험료 충당 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관(이하「특약」이라 합니다)에 사용되는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

① 기본보험료 : 계약자가 매월 납입하기로 한 보험료를 말하며, 보장보험료와 적립보험료로 구성됩니다.

1. 보장보험료 : 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 및 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 특별약관(단, 특별약관 1. 자동차관련 특별약관의 손해는 제외합니다. 이하「특별약관」이라 합니다)의 손해를 보상하는데 필요한 보험료로 매월 납입해야 하는 보험료를 말합니다.
2. 적립보험료 : 제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에서 정한 대체납입을 목적으로 적립기간동안 매월 납입하는 보험료를 말하며, 사업방법서에서 정한 범위 내에서 납입할 수 있습니다.

② 자동차관련보험료 : 보통약관 제3장(자동차관련 보통약관) 및 특별약관 1. 자동차관련 특별약관의 손해를 보상하는데 필요한 보험료로써 일시 또는 분할 납입해야 하는 보험료(단, 최초계약시의 초회 보험료는 제외합니다)를 말합니다.

③ 추가보장보험료 : 계약자가 계약내용 변경 등으로 일시적으로 납입해야 하는 보험료를 말합니다.

④ 추가적립보험료 : 제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에서 정한 대체납입을 목적으로 계약자가 적립기간동안 부정기적으로 납입하는 보험료를 말하며, 사업방법서에서 정한 범위 내에서 납입할 수 있습니다.

⑤ 적립기간 : 이 특약이 부가된 날부터 보험증권에 기재된 이 특약의 만기일까지의 기간을 말합니다.

⑥ 적립순보험료 : 적립보험료 및 추가적립보험료에서 예정사업비를 공제한 보험료를 말합니다.

⑦ 특별약관「9. 보장계약 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신된 보장계약의 보장보험료(이하「갱신보험료」라 합니다)가 변경되더라도 제1항에서 정한 기본보험료의 변경이 없는 경우에는 갱신보험료가 인상된 만큼 적립보험료가 감소되고, 갱신보험료가 인하된 만큼 적립보험료가 증가됩니다. 다만, 갱신보험료의 인상으로 보장보험료가 기본보험료를 초과하는 경우에는 보장보험료 이상으로 기본보험료를 변경하여 납입하여야 합니다.

제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)

① 계약자가 기본보험료를 납입 해당월 마지막 날까지 납입하지 않은 경우에는 회사는 납입 해당월 마지막 날 기준의 제5조(해지환급금)에서 정한 해지환급금(이하「적립해지환급금」이라 합니다) 범위 내에서 보장보험료를 납입 해당월 다음달 10일 이내에 자동으로 대체납입합니다.

② 계약자가 자동차관련보험료를 납입 해당월 마지막 날까지 납입하지 않은 경우에는 회사는 납입 해당월 마지막 날 기준의 적립해지환급금 범위 내에서 자동차관련보험료를 납입 해당월 다음달 10일 이내에 자동으로 대체납입합니다.

③ 계약자가 계약내용 변경 등에 따라 일시적으로 발생하는 추가보장보험료의 대체납입을 요청할 경우에는 회사는 적립해지환급금 범위 내에서 즉시 대체합니다.
④ 위의 제1항 및 제2항의 대체납입이 납입 해당월 마지막 날 기준의 적립해지환급금의 부족으로 보장보험료 및 자동차관련보험료의 일부만 대체납입이 가능한 경우에는 아래에 정한 순서에 의해 처리합니다.

1. 자동차관련보험료 (자동차가 2대 이상인 경우에는 보험료 납입 해당일이 빠른 순서대로 먼저 대체납입합니다)
2. 보장보험료

⑤ 회사는 제1항에도 불구하고 보장보험료 전액을 대체납입할 수 없는 경우에는 계약자는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉) 기간 내에 기본보험료를 납입하여야 합니다.
⑥ 위의 제1항 내지 제4항에 의한 대체납입은 적립해지환급금이 제6조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출 원금과 이자보다 큰 경우에만 적용합니다.

제3조(적립금의 중도인출)

① 계약자는 적립기간 개시일 이후 1년이 지난 후부터 적립해지환급금의 일부를 인출할 수 있습니다.
② 이미 인출된 환급금이 있는 경우 또는 제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에 따라 보험료로 대체납입된 경우에는 이를 차감한 적립해지환급금을 한도로 제1항을 적용합니다.

제4조(만기환급금의 지급)

① 회사는 적립기간이 끝난 때에는 제5조(해지환급금) 제1항에 따라 보험계약대출이율-2%로 적립한 금액을 만기환급금으로 수익자에게 지급합니다.
② 그러나, 제6조(보험계약대출)에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원금과 이자 합계액을 빼고 지급합니다.
③ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
④ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표1]참고)에 따릅니다.
⑤ 제3조(적립금의 중도인출)에 따라 적립금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.
⑥ 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

제5조(해지환급금)

① 이 특별약관이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”

에 따라 계산합니다. 이 때 회사는 적립순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다. 이하 같습니다)부터「보험계약대출이율 - 2%」(이하「충당특약 적용이율」이라 합니다)를 적용하여 적립한 금액(제2조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에 따라 보험료로 대체납입된 경우 및 제3조(적립금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 그 금액을 차감하여 적립한 금액)을 지급합니다. 다만, 적립기간 중에 보험계약대출이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 1.5%로 합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표1]참조)에 따릅니다.

③ 제3조(적립금의 중도인출) 제1항에 따라 적립금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해지환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 적립보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해지환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제7조(특약의 소멸)

회사는 이 보험의 모든 보장계약(손해의 보상을 내용으로 한 보통약관 및 특별약관의 계약을 말합니다)이 소멸되는 경우, 이 특약은 자동적으로 소멸되며 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

8-1. 보험료 충당 특별약관 자동갱신 추가특별약관

제1조(특약의 적용)

이 추가특별약관(이하「추가특약」이라 합니다)은 회사와 계약자 간에 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보험료 충당 특별약관(이하「보험료 충당특약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보험료 충당특약의 자동갱신)

① 계약자가 종전의 보험료 충당특약(이하「갱신전 보험료 충당특약」이라 합니다) 만기일의 전날까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보험료 충당특약 만기일의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

② 갱신된 보험료 충당특약(이하「갱신 보험료 충당특약」이라 합니다)의 적립기간은 갱신전 보험료 충당특약의 적립기간과 동일한 것으로 합니다. 단, 갱신 보험료 충당특약 만기일이 보통약관의 만기일을 초과할 경우에는 보통약관의 만기일까지의 기간을 갱신 보험료 충당특약의 적립기간으로 합니다.

③ 보험료 충당특약 제4조(만기환급금의 지급)에도 불구하고 만기환급금 지급사유가 발생한 날의 다음달 10일까지 계약자가 만기환급금을 인출하지 않은 경우에는 사업방법서에서 정한 범위 내에서 만기환급금을 갱신 보험료 충당특약의 추가적립보험료로 납입한 것으로 합니다.

④ 보험료 충당특약의 적립기간 중에 보험료 충당특약 제1조(용어의 정의) 제1항에서 정의한 보장보험료의 납입이 완료되어 이후 보장보험료의 납입이 없을 경우에는 보험료 충당특약을 갱신하지 않습니다.

제3조(갱신 보험료 충당특약 제1회보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

계약자가 갱신 보험료 충당특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 갱신 보험료 충당특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험료 충당특약을 해제합니다.

제4조(자동갱신 적용)

① 갱신보험료 충당특약의 약관은 갱신전 보험료 충당특약의 약관을 적용합니다. 단, 갱신보험료 충당특약 제5조(해지환급금) 제1항에서 정한 충당특약 적용이율은「보험계약대출이율 - 2%」를 적용하고, 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

② 제1항의 경우 회사는 보장계약이 끝나는 날부터 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 통지합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 특별약관 8. 보험료 충당 특별약관을 따릅니다.

9. 보장계약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 손해의 보상을 내용으로 한 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504)의 특별약관 계약(이하「보장계약」이라 합니다. 단, 특별약관 1. 자동차관련 특별약관을 제외합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

제2조(보장계약의 자동갱신)

① 보장계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 보장계약이 끝나는 날의 전날까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장계약(이하「갱신전 보장계약」이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장계약(이하「갱신보장계약」이라 합니다) 만기일이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 연령이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 연령의 범위내일 것
3. 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신전 보장계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 갱신보장계약의 보험기간은 갱신전 보장계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 단, 계약자의 요구와 회사의 승인에 의해 보험기간을 변경할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

④ 제3항의 알릴 의무에 대하여는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 갱신보장계약은 해당 특별약관에서 정한 [특별약관의 소멸] 조항에 따라 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 특별약관을 갱신할 수 없습니다.

⑥ 갱신보장계약의 보장은 갱신전 보장계약에 의한 보장이 끝나는 때부터 적용합니다.

제3조(자동갱신 적용)

① 갱신보장계약의 약관은 갱신전 보장계약의 약관을 적용하고, 갱신보장계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

② 제1항의 경우 회사는 보장계약이 끝나는 날부터 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

③ 회사는 제1항에 의하여 갱신보장계약의 보장내용이 변경되는 경우 변경된 내용을 반영한 보험증권을 발행하여 드립니다.

제4조(갱신보장계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

① 계약자가 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신전 보장계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신보장계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장계약을 해제합니다.

② 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 제3조(자동갱신 적용)에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장계약 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(갱신보장계약의 보장개시)

제2조(보장계약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신일 이후 부활(효력회복) 청약하는 경우 연체보험료의 적용)

보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 보험료를 말합니다.

제7조 (갱신보장계약의 보장내용 변경시 계약자 안내에 관한 사항)

제3조(자동갱신 적용) 제1호의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따른 약관 개정으로 갱신보장계약의 보장내용이 변경되는 경우, 회사는 다음 각 호에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 회사는 갱신전 보장계약의 보험기간이 만료되는 날 이전까지 중요사항 변경내역(갱신보험료 변경 제외), 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS 포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.
2. 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단) 등을 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신전 보장계약은 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 갱신전 보장계약은 만료됩니다.
3. 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 갱신일로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 갱신일 이후 계약자가 납입한 해당 갱신보장계약의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장계약을 따릅니다.

10. 특별조건부 특별약관

제1조(계약의 성립)

① 이 특별약관은 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504)의 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관을 피보험자의 건강상태가 보험회사(이하「회사」라 합니다)가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 특별약관에 부가하여 이루어 집니다. (이하 이 특별약관의 적용을 받는 특별약관은「해당계약」이라 합니다)

② 이 특별약관에 대한 보장개시일(책임개시일)은 해당 계약의 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않은 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(특별약관의 내용)

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

제3조(특별약관의 부가조건)

① 이 특별약관에 의하여 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률에 의한 보험료와 표준체 보험료와의 차액을 특별약관보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특별약관보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에 정한 보험금을 지급합니다.

<할증위험률에 의한 보험료>

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높은 위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

<표준체 보험료>

할증위험률의 가입조건(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)과 동일한 기준에서, 일반위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간 내에 해당계약의 규정에 정하는 상해 이외의 원인으로 해당계약의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

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

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간이 끝나는 날까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하「갱신계약」이라 합니다)인 경우「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호, 제2호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간 내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(특별약관 내용의 변경)

이 특별약관이 부가된 해당계약의 경우에는 해당계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간의 변경
2. 감액완납보험으로의 변경

<감액완납보험>

차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 무배당 삼성화재 통합보험 Super III(s2504) 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항)과 제2장(신체관련 보통약관) 및 해당계약을 따릅니다.

11. 건강우대 특별약관

제1조(적용대상)

① 이 특별약관은 무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅢ(s2504) 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관을 체결할 때 또는 보험기간 중 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관에 부가하여 이루어 집니다. 단, 이 특별약관에 따라 우대적용되는 보험료는 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관에 한합니다.

② 무배당 삼성화재 통합보험 SuperⅢ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 및 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(특별약관의 보장개시일(책임개시일))

이 특별약관에 대한 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 회사는 청약한 이후의 해당보험료부터 우량체보험요율을 적용합니다.

제3조(피보험자의 가입자격)

이 특별약관의 피보험자는 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관의 보험 가입적격자(加入適格者)로서 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 총칭하여「흡연(吸煙)」이라 합니다)하지 않고 건강상태가 회사에서 정한 기준(이하「우량체기준」이라 합니다)에 해당하는 자로 합니다.

제4조(특별약관의 감액)

계약자가 회사의 정하는 바에 따라 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관의 보험가입금액을 감액할 때에는 그 감액된 부분은 일부해지로 보며, 이 경우 감액분에 대하여는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제5조(보험요율의 적용)

이 특별약관이 부가된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 바에 따라 우량체 보험요율을 적용합니다.

제6조(해지환급금)

제4조(특별약관의 감액)에 따라 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해Ⅱ 특별약관의 보험가입금액을 감액한 경우 감액분에 대한 해지환급금은 이 특별약관의 부가로 보험료가 할인된 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신

형] 질병 사망·고도후유장해II 특별약관에 해당하는 책임준비금을 기준으로 하여 계산합니다.

제7조(계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무를 위반했을 때의 처리)

① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(건강진단을 받는 경우에는 건강진단할 때) "비흡연 고지서"에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.

② 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 제1항의 질문사항에 대하여 알리지 않았거나 알고 있는 사실을 사실대로 알리지 않고 이 특별약관의 적용전 납입하여야 할 보험료(이하「표준체보험료」라 합니다)보다 적은 이 특별약관에 따라 할인된 보험료(이하「우량체보험료」라 합니다)를 납입한 경우에는 회사는 보험금 지급사유발생과 관계없이「우량체보험료」의「표준체보험료」에 대한 비율에 따라 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관의 보험가입금액을 감액하고, 이 특별약관을 해지합니다.

③ 제2항의 경우 회사에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연자로 판정된 경우에는 적용하지 않습니다.

제8조(흡연상태 변경통지 및 흡연상태의 변경이 있을 때의 처리)

① 보험기간 중 피보험자가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 회사에 이 사실을 서면으로 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제1항의 서면통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 정한 방법에 따라 계산된 금액(이하 "정산차액"이라 합니다)을 계약자가 추가 납입하도록 하며, 계약자는 우량체의 보험료와 동일한 기준(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입연령 등)으로 산출된 표준체 보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특별약관은 장래에 향하여 해지됩니다. 단, 보험료납입완료된 계약의 경우 계약자는 정산차액만을 추가 납입합니다.

③ 계약자가 제2항에서 정한 정산차액 및 표준체보험료를 납입하지 않았을 경우 회사는「우량체보험료」의「표준체보험료」에 대한 비율에 따라 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관 보험가입금액을 감액합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 회사는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 제2항 및 제3항에 준용하여 보험가입금액을 감액하고 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

⑤ 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 제3조(피보험자의 가입자격)에 정한 피보험자의 자격이 있고 계약자의 청약이 있을 때에는 회사는 제2조(특별약관의 보장개시일(책임개시일))에 따라 보장을 합니다. 이 경우 계약자는 청약한 날 이후의 해당보험료부터 할인된 보험료를 납입하며, 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 보험료 변동시점의 책임준비금을 정산한 잔여액이 있을 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 질병 사망·고도후유장해 특별약관 또는 [갱신형] 질병 사망·고도후유장해 특별약관을 따릅니다.

12. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

① 계약자와 동일한 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504)「3. 질병관련 특별약관」의 피보험자에 대해서만 이 선지급서비스 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)을 부가할 수 있습니다.

② 위 제1항에 해당하는 피보험자가 가입한「3. 질병관련 특별약관」에서 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하「사망보장특별약관」이라 합니다)에 대해 이 특별약관을 적용합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 사망보장특별약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

제2조(지급사유)

① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단 결과 피보험자의 남은 생존기간(이하「여명」이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하「보험금」이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.

② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 무배당 삼성화재 통합보험 Super Ⅲ(s2504) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관)에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리청구인)

① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하「지정대리청구인」이라 합니다)가 제7조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 수

익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제7조(보험금의 청구)

① 피보험자 또는 지정대리청구인은 제1조에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타, 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관이어야 합니다.

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로

나누어집니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수후 10일 이내에 드립니다

② 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에는 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 사망보장 특별약관을 따릅니다.

별 표

【별표1】

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50%
		1년초과 : 예정이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주)1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 예정이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 「보험금의 지급절차」 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.(다만, 상해·질병 관련 보장에 한합니다)

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

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일' 은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표2】

장해분류표

< 총 칙 >

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 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 ⑫ 흉·복부 장기 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 그 중 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 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 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 불가

능하여 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

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2이하로 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) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.

4) "한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때"라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별한 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 뒤에 그 장해 정도를 평가한다.

6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 한구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는

범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도이내에서 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 인해 눈을 감았을 때 각막(검은자위)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 삽입할 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

장 해 의 분 류	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 ±10dB이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해상태를 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 80dB이상인 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, 50㎝ 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2미만 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	내용	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)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60㎝ 이상 벗어나는 경우	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

장 해 의 분 류	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 않은 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) "코의 후각기능을 완전히 읽었을 때"라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 읽은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각가능은 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

장 해 의 분 류	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 장해를남긴 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 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 1㎝ 이하로 제한되는 경우

다) 위 · 아래턱(상 · 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5㎝ 이상인 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 2㎝ 이하로 제한되는 경우

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

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는섭취가 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 결손

으로 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)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 더하여 평가한다. 단, 길이가 5㎜ 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 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5㎝ 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2㎝ 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 통산 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

장 해 의 분 류	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 탈구 등으로 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 탈구 등으로 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 CT검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dantal Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1,2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구 등으로 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 탈구로 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

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천구 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 2.5㎝ 이상 분리된

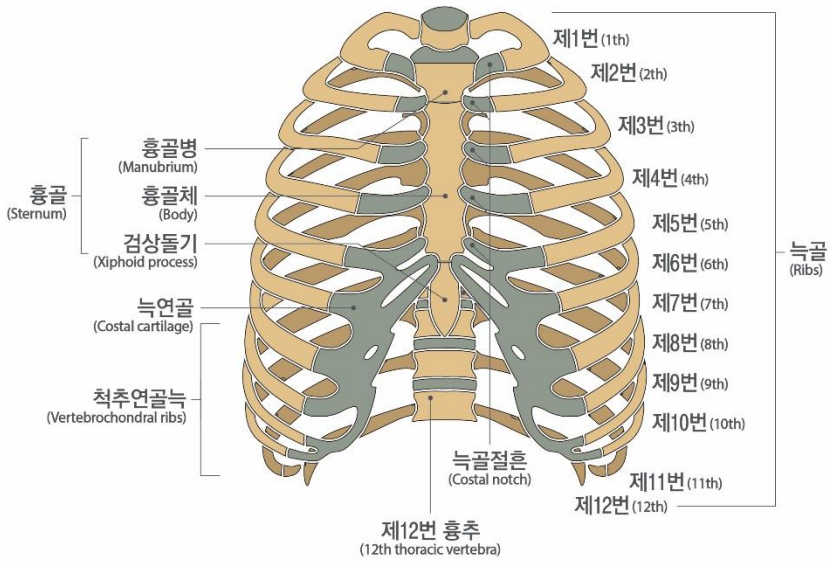
부정유합 상태

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

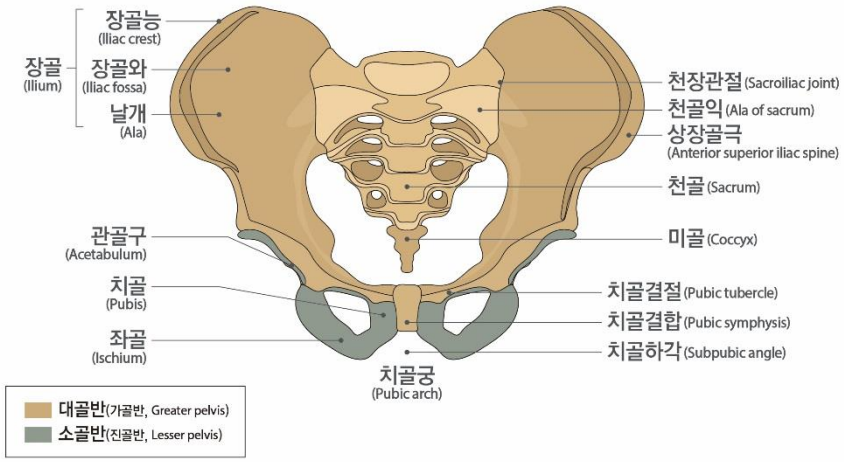
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(각) 변형이 70° 이상 남은 상태

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

장 해 의 분 류	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 생긴 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 포함된다.

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 평균운동가능영역을 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) “가관절[주)]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 가관

절이 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 더한다.

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 5㎝이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3㎝이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1㎝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 포함된다.

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 평균운동가능영역을 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 15㎜ 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 10㎜ 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 5㎜ 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) “가관절[주]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 더한다.

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

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 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 않는

다.

7) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 더하여 정상 운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

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

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

장 해 의 분 류	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 고정

물 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.

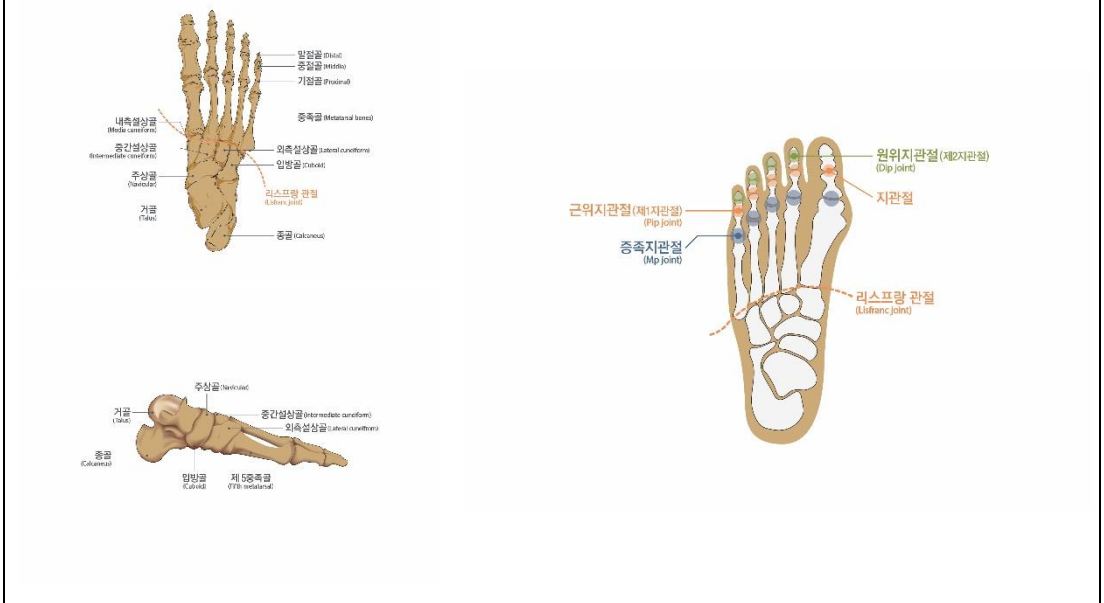
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 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 정상 운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

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

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·복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 3㎝ 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 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필

요하며, 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 적용한다.

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

장 해 의 분 류	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 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 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 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 단

기간내에 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"[주] 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·약물복용, ㉲ 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 임상심리 전문가가 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 지적지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)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(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 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 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

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

바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 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	제한 정도에 따른 지급률
이동 동작	- 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(40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 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 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 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 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 업무(운전, 작업, 교육 등)를 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%)
옷입고 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 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표-상해관련1】

뇌 · 내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌 · 내장손상으로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
1. 뇌손상	**[두개골 및 안면골의 골절]**	
	1. 두개원개의 골절	S02.0
	2. 두개저의 골절	S02.1
	3. 안와바닥의 골절	S02.3
	4. 두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	5. 기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6. 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1. 미만성 뇌손상	S06.2
	2. 경막외출혈	S06.4
	3. 외상성 경막하출혈	S06.5
	4. 외상성 거미막하출혈	S06.6
	5. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	6. 기타 두개내손상	S06.8
	7. 상세불명의 두개내손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1. 두개골의 으깸손상	S07.1
	2. 머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1. 머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1. 달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	2. 머리의 다발손상	S09.7

분 류 항 목		분류번호
2. 내장손상	[심장의 손상]	
	1. 혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2. 심장의 기타 손상	S26.8
	3. 심장의 상세불명 손상	S26.9
	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1. 폐의 기타 손상	S27.3
	2. 기관지의 손상	S27.4
	3. 흉부기관의 손상	S27.5
	4. 흉막의 손상	S27.6
	5. 흉곽내기관의 다발손상	S27.7
	6. 기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.8
	7. 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단]	S28
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	S29
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	S35
	[복강내기관의 손상]	
	1. 비장의 손상	S36.0
	2. 간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3. 췌장의 손상	S36.2
	4. 위의 손상	S36.3
	5. 소장의 손상	S36.4
	6. 결장의 손상	S36.5
	7. 직장의 손상	S36.6
	8. 다발성 복강내기관의 손상	S36.7
	9. 기타 복강내기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반 기관의 손상]	
	1. 신장의 손상	S37.0
	2. 요관의 손상	S37.1
	3. 방광의 손상	S37.2
	4. 요도의 손상	S37.3
	5. 난소의 손상	S37.4
	6. 난관의 손상	S37.5
	7. 자궁의 손상	S37.6
	8. 다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9. 기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단]	S38
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-상해관련2】

골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2012. 1. 1시행) 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 및 파절치 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
18. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
20. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-상해관련3】

5대골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 - S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72
6. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
7. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
8. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
9. 대퇴골의 출산손상	P13.2

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-상해관련4】

화상 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-상해관련5】

자동차사고 부상 등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 내 용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주(등골뼈) 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사상처 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해

상해급별	상 해 내 용
	3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 목뼈 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 목뼈고정기(할로베스트)나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행한 상해 11. 넓적다리뼈 윗목부 분쇄 골절, 돌기 아랫부분 분쇄 골절, 관절융기 분쇄 골절, 정강이뼈(경골) 관절융기 분쇄 골절 또는 정강이뼈 먼쪽 관절 내 분쇄 골절 12. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 팔다리 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한

상해급별	상 해 내 용
	상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 어깨관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 위팔 부위 완전 절단(팔꿈치관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 손목 부위 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 넓적다리뼈 또는 정강이뼈 골절(넓적다리뼈머리 골절은 제외한다) 14. 넓적다리 부위 완전 절단(무릎관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 무릎관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 발목관절의 손상으로 발목뼈의 완전탈구가 동반된 상해 18. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해 8. 위팔뼈목 골절

상해급별	상 해 내 용
	9. 위팔뼈 몸통 분쇄성 골절 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 노뼈 먼쪽 부위 골절과 자뼈머리 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 자뼈 몸쪽 부위 골절과 노뼈머리 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 아래팔 완전 절단(손목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간 관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 손목뼈 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반뼈 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 무릎관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 종아리 완전 절단(발목관절 부위 분리절단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 목말뼈 또는 발꿈치뼈 골절 24. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 팔다리의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사상처 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다)

상해급별	상 해 내 용
	2. 안와 골절에 의한 겹보임[복시(複視)]으로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 몸통 또는 하부 몸통의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 위팔뼈 몸통 골절 7. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 노뼈와 자뼈의 몸통 골절이 동반된 상해 9. 노뼈 붓돌기 골절 10. 노뼈 먼쪽부위 관절 내 골절 11. 손목 손배뼈 골절 12. 손목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 엉덩관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 넓적다리뼈머리 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 넓적다리뼈 또는 몸쪽 정강이뼈의 견열골절 18. 무릎관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 무릎관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 무릎뼈 골절 21. 발목관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 발목관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 발목뼈 골절(목말뼈 및 발꿈치뼈는 제외한다) 24. 발목발허리(리스프랑)관절 손상 25. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 26. 발목 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해

상해급별	상 해 내 용
	28. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 6개 이상의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 팔다리의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐타박상(한쪽 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉(혈액가슴증) 또는 기흉(공기가슴증)이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 어깨관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 어깨관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 어깨관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 위팔뼈 대결절 견열 골절 13. 위팔뼈 먼쪽 부위 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 팔꿈치관절 부위 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 노뼈 몸통 또는 먼쪽 부위 관절외 골절 18. 노뼈목 골절

상해급별	상 해 내 용
	19. 자뼈 팔꿈치머리 부위 골절 20. 자뼈 몸통 골절(몸쪽 부위 골절은 제외한다) 21. 다발성 손목손허리뼈 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 무릎관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 무릎관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상(반달모양) 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 발목관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 발목관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 먼쪽 정강이뼈·종아리뼈 분리 28. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 팔다리 근육 또는 힘줄 파열로 3개 이상 5개 이하의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 얼굴 머리뼈 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 얼굴 머리뼈 골절 2. 겹보임을 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골(빗장뼈) 골절 6. 어깨뼈(어깨뼈가시, 어깨뼈몸통, 가슴우리 탈구, 어깨뼈목, 봉우리돌기 및 부리돌기 포함) 골절 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노뼈머리 또는 자뼈 갈고리돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 자뼈 붓돌기 기저부 골절

상해급별	상 해 내 용
	11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 노손목관절 골절 및 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 손배뼈 외 손목뼈 골절 15. 손목 부위 손배뼈·반달뼈 사이 인대 파열 16. 손목손허리뼈 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 손허리뼈 골절 18. 손허리손가락관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 손가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반뼈 관절의 분리로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 엉덩관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 종아리뼈 몸통 골절 또는 뼈머리 골절 23. 발목관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 발목관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 발가락의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 위턱뼈, 아래턱뼈, 이틀뼈 등의 얼굴 머리뼈 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 갈비뼈 골절

상해급별	상 해 내 용
	8. 각종 돌기 골절(극돌기, 가로돌기) 또는 후궁 골절 9. 어깨관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 위팔뼈 위관절융기 또는 위팔뼈 먼쪽 부위 관절 내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 작은 머리 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 팔꿈치관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 손허리뼈 골절 13. 손가락뼈의 몸쪽 손가락뼈 사이 또는 먼쪽 손가락뼈 사이 골절 탈구 14. 다발성 손가락뼈 골절 15. 무지 손허리손가락관절 측부인대 파열 16. 골반고리가 안정적인 골반뼈 골절(엉치뼈 골절 및 꼬리뼈 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 무릎관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 손발가락뼈 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 팔다리의 근육 또는 힘줄 파열로 하나 또는 두 개의 근육 또는 힘줄 봉합술을 시행한 상해 21. 팔다리의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 팔다리의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 팔다리의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 팔다리의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 갈비뼈 골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 복장뼈(흉골) 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구

상해급별	상 해 내 용
	8. 팔꿈치관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 노손목관절 탈구(손목뼈간관절 탈구, 먼쪽 노자관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 손가락뼈 골절로 수술을 시행한 상해 11. 손가락관절 탈구 12. 무릎관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 발허리뼈 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 무릎인대, 넓적다리 사두건 또는 넓적다리 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 손가락·발가락 폄근힘줄 1개의 파열로 힘줄 봉합술을 시행한 상해 18. 팔다리의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3㎝ 이상 얼굴 부위 찢김상처(열상) 2. 안검과 누소관 찢김상처로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 찢김상처로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 어깨관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 손발가락관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 다리 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 얼굴 부위의 코뼈 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 손가락뼈 골절 또는 손가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 발가락뼈 골절 또는 발가락관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

상해급별	상 해 내 용
	5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3㎝ 미만 얼굴 부위 찢김상처 3. 척추 염좌 4. 팔다리 관절의 근육 또는 힘줄의 단순 염좌 5. 팔다리의 찢김상처로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 팔다리 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 찢김상처로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 갈비뼈 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 손발가락 관절 염좌 3. 팔다리의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

<비 고>

영역별 세부 판정기준에 관해서는 자동차손해배상 보장법 시행령 [별표1]의 영역별 세부지침을 따릅니다.

【별표-질병관련1】

장해등급표

제1장 총론

1. 적용범위

가. 장해등급 판정의 대상이 되는 사람은 아래의 장해등급표에서 정하는 기준에 부합하는 정도의 장해가 있는 사람이다.

<장해의 분류>

대분류	중분류	소분류	세분류
신체적장해	외부 신체기능의 장해	1. 지체장해	절단장해, 관절장해, 지체기능장해, 변형 등의 장해
		2. 뇌병변장해	뇌의 손상으로 인한 복합적인 장해
		3. 시각장해	시력장해, 시야결손장해
		4. 청각장해	청력장해, 평형기능장해
		5. 언어장해	언어장해, 음성장해, 구어장해
		6. 안면장해	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장해
	내부기관의 장해	7. 신장장해	투석치료중이거나 신장을 이식 받은 경우
		8. 심장장해	일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 이상
		9. 간장해	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간기능 이상
		10. 호흡기장해	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호흡기기능 이상
		11. 장루·요루장해	일상생활이 현저히 제한되는 장루·요루
		12. 뇌전증장해	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 뇌전증
정신적장해	발달장해	13. 지적장해	지능지수가 70 이하인 경우
		14. 자폐성장해	소아청소년 자폐 등 자폐성 장해
	정신장해	15. 정신장해	정신분열증, 분열형정동장해, 양극성정동

			장해, 반복성우울장해

2. 판정기준의 적용원칙

가. 장해유형별 장해등급은 원칙적으로 제2장의 장해유형별 판정기준에 따라 판정한다.

나. 2종류이상의 장해가 중복되는 경우의 장해등급은 "3. 중복장해의 합산"에 따라판정한다.

다. 위 가항, 나항의 적용원칙 이외에 개인의 신체적·정신적 특성 등을 고려하여 판정할 필요가 있다고 인정되는 경우 또는 회사가 진단·판정한 장해등급 결과에 대해 보험수익자와 회사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험수익자와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담한다.

다음사항을 고려하여 장해등급을 판정할 수 있다.

(1) 2종류이상의 중복장해가 있는 경우로서 "3. 중복장해의 합산"에도 불구하고 주장해 또는 부장해가 부장해 또는 주장해의 신체적·정신적 기능 등을 더 심화시키는 결과를 초래하는 경우

(2) 장해정도에 변화를 일으키는 신체적·정신적 손상 등이 객관적으로 확인되고 그 손상이 장해정도의 심화와 상당한 인과관계가 있다고 인정되는 경우

3. 중복장해의 합산

가. 2종류 이상의 장해가 중복되어 있는 경우 주된 장해(장해등급이 가장 높은 장해)와 차상위 장해를 합산할 수 있다.

나. 2종류 이상의 서로 다른 장해가 같은 등급에 해당하는 때에는 1등급 위의 급으로 하며, 서로 등급이 다른 때에는 【별표-질병관련1.2】(중복장해 합산시 장해등급 상향조정표)에 따른다.

(1) 중복장해의 합산에 따른 주된 장해등급의 상향조정은 두 가지 장해를 합한 장해율이 주된 장해의 차상위 등급의 장해율과 비교하여 반드시 상향조정할 필요가 있는 경우로 장해율은 【별표-질병관련1.2】(중복장해 합산시 장해등급 상향조정표)의

기준을 참고하여 장해등급을 조정할 수 있다.

다. 중복장해 합산의 예외

다음의 경우는 각각을 개별적인 장해로 판단하지 않는다.

(1) 동일부위의 지체장해와 뇌병변장해

※ 뇌병변장해(포괄적 평가)와 지체장해(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장해 판정기준에 따라 장해정도를 판정한다. 다만, 지체장해가 상위등급이고 뇌병변장해가 경미한 경우는 지체장해로 판정할 수 있다.

(2) 지적장해와 자폐성장해

(3) 지적장해, 자폐성장해, 정신장해와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장해

(4) 장해부위가 동일한 경우

- 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이있으므로 동일부위로 본다.
- 팔과 다리는 좌·우를 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3대관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3대관절과 발가락 관절은 동일부위로 본다.

4. 장해진단서 작성 기준

가. 장해유형별 장해진단은 해당 전문기관 및 전문의에 의한 진단을 기준으로 하며, 해당 전문의 및 장해유형별 장해판정시기는【별표-질병관련1.3】 및 【별표-질병관련1.1】에서 정한 전문의 및 장해판정시기를 적용한다.

제2장 장해유형별 판정기준

1. 지체장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

(1) 절단장해: X-선 촬영시설이 있는 의료기관의 의사

(2) 기타 지체장해: X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과·정형외과·신경외과·신경과 또는 내과(류마티스분과) 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자

에게 타 병원 진료기록 등을 제출하게 한다) 다만, 장해 상태가 고착되었음이 전문적 진단에 의해 인정되는 경우 이전 진료기록 등을 확인하지 않을 수 있다. 이 경우 이에 대한 의견을 구체적으로 장해진단서에 명시하여야 한다.

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 장해의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 또는 수술 이후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다. 다만, 지체의 절단, 척추고정술 등 장해의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다.

(2) 수술 또는 치료 등의 의료적 조치로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 수술 또는 치료 등의 의료적 조치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건 또는 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 또는 치료를 하지 못하는 경우는 예외로하되 반드시 필요한 시기를 지정하여 재판정을 받도록 진단서에 명시하여야 한다.

(3) 신체가 왜소한 사람(키가 작은 사람)에 대한 장해진단은 남성의 경우 만 18세부터, 여성의 경우 만 16세부터 한다. 다만, 만 20세 미만의 남성, 만 18세 미만의 여성의 경우 2년 후 재판정을 받아야 한다. 다만, 연골무형성증(achondroplasia) 으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 경우는 만 2세 이상에서 진단할 수 있으며, 2년 후 재판정을 받아야 한다.

(4) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초 진단일로부터 2년 후로 한다.

- 재판정이 필요한 경우 장해진단을 하는 전문의는 장해진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

(5) 신체에서 동일부위의 판단은 해부학적 구분에 의한 부위별로 하되 팔과 다리는 좌·우를 각각 별개의 부위로 본다.

라. 세부 유형별 판정기준

(1) 절단장해

① 개요

(가) 절단장해는 절단부위를 단순 X-선 촬영으로 확인하며, 절단부위가 명확할 때는 이학적 검사로 결정할 수 있다.

(나) 절단에는 외상에 의한 결손뿐만 아니라 선천적인 결손도 포함된다.

② 상지절단장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급1호	- 두 팔을 손목관절 이상 부위에서 잃은 사람
2급1호	- 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
2급2호	- 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 사람
3급1호	- 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
3급2호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
4급1호	- 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 사람
4급2호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
4급3호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
5급1호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 1개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
5급2호	- 한 손의 엄지손가락을 중수수지관절 이상 부위에서 잃은 사람
5급3호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 세 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
6급1호	- 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 사람
6급2호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람
6급3호	- 한 손의 셋째, 넷째 그리고 다섯째 손가락 모두를 근위지관절 이상 부위에서 잃은 사람

주) 1. 두 손의 수부절단(절단부위가 중수수지관절 이상 손목관절 이하 부위)은 두팔을 손목관절 이상 부위에서 잃은 사람(1급1호)에 적용한다.

③ 하지절단장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급2호	- 두 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람
2급3호	- 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
3급3호	- 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람

장해등급	장해정도
3급4호	- 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 사람
4급4호	- 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람
4급5호	- 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 사람
5급4호	- 두 발의 엄지발가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 발가락을 근위지관절(제1관절) 이상 부위에서 잃은 사람
5급5호	- 한 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 사람
6급4호	- 한 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 사람

(2) 관절장해

① 개요

(가) 관절장해라 함은 관절의 강직, 근력의 약화 또는 관절의 불안정(동요 관절, 인공관절치환술 후 상태 등)이 있는 경우를 말한다.

(나) 관절강직이라 함은 관절이 한 위치에서 완전히 고정(완전강직)되었거나, 관절운동범위가 감소된 것(부분강직)을 말하며, 그 정도는 Goniometer 등 관절운동범위 측정기로 측정한 관절운동범위가 해당관절의 정상운동범위에 비해 어느정도 감소(%)되었는지에 따라 구분한다.

(다) 이때 관절운동범위는 수동적 운동범위를 기준으로 한다. 수동적 관절운동 범위의 측정은 수 분 동안 해당관절의 수동적 관절운동을 시킨 후 검사자가 0.5 kg중의 힘을 가하여 관절을 움직인 상태에서 측정한다. 다만, 근육의 마비가 있거나 외상 후 건이나 근육의 파열이 있는 경우 (능동적 관절운동범위가 수동적 관절운동범위에 비해 현저히 작을 경우)에는 지체기능장해로 판정하고, 준용할 항목이 없는 경우 능동적 관절운동범위를 사용하여 관절장해로 판정할 수 있다.

(라) 이학적 검사 이외의 검사가 필요한 경우 장해 판정에 근거가 되는 영상의학검사나 근전도 검사 소견이 있어야 한다.

② 상지관절장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급1호	- 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
2급1호	- 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
2급2호	- 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람

장해등급	장해정도
2급3호	- 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
3급1호	- 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
3급2호	- 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
3급3호	- 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
3급4호	- 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
4급1호	- 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75% 이상 감소한 사람 - 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
4급2호	- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 사람
4급3호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
4급4호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
5급1호	- 한 팔의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
5급2호	- 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
5급3호	- 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 75% 이상 감소된 사람
5급4호	- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
5급5호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
6급1호	- 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 50% 이상 감소한 사람 - 한 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 50%이상 75% 미만 감소된사람
6급2호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
6급3호	- 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50% 이

장해등급	장해정도
	상 75% 미만 감소된 사람
6급4호	- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람

주1) 팔의 3대 관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말한다.

2) 손가락의 세 개의 관절은 중수수지관절, 근위지관절, 원위지관절을 말한다.

3) 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절에 인공관절치환술을 시행한 경우 예후가 불량한 경우(뚜렷한 골융해, 삽입물의 이완, 중등도 이상의 불안정, 염증소견이 뼈스캔 사진 등 영상자료로 확인되는 경우)에 5급1호(2관절이상)나 6급1호(1관절)로 인정한다. 다만, 관절기능의 기여도가 적은 팔꿈치관절의 요골두 치환술이나 손목관절의 원위척골 치환술과 같은 부분치환술을 시행한 경우는 장해등급을 인정하지 않는다.

- 중등도 이상의 불안정은 방사선상 아탈구가 나타나거나, 관절 각도운동범위가 해당 관절 운동범위의 50% 이상 감소된 경우를 말한다.

③ 하지관절장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급2호	- 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
2급4호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
3급5호	- 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람
4급1호	- 두 다리 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 두 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
4급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람
4급5호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람
5급1호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람
5급2호	- 한 다리의 발목관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90% 이상 감소된 사람
5급6호	- 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50% 이상 75% 미만 감소된 사람 - 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25% 이상 50% 미만 감소된 사람
5급7호	- 두 발의 모든 발가락의 관절총운동범위가 각각 75% 이상 감소된 사람

장해등급	장해정도
6급2호	- 한 다리의 고관절 또는 무릎관절의 운동범위가 50% 이상 감소된 사람
6급3호	- 한 다리의 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 사람

주1) 다리의 3대 관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말한다.

2) 고관절, 무릎관절, 발목관절에 인공관절치환술을 시행한 경우 예후가 불량한 경우(뚜렷한 골융해, 삽입물의 이완, 중등도 이상의 불안정, 염증소견이 뼈스캔 사진 등 영상자료로 확인되는 경우)에 5급1호(2관절이상)나 6급2호(1관절)에 준용한다. 다만, 관절기능의 기여도가 적은 슬개골 치환술 등과 같은 부분치환술을 시행한 경우는 장해등급을 인정하지 않는다.

- 중등도 이상의 불안정은 방사선상 아탈구가 나타나거나, 관절 각도운동범위가 해당 관절의 운동범위의 50% 이상 발목관절의 운동범위가 75% 이상 감소된 경우를 말한다.

3) 고관절 또는 무릎관절에 다음과 같은 장해가 있는 사람은 6급2호에 준용한다.

가) "동요관절"이 있어 보조기를 착용하여야 하는 사람

- 동요관절은 객관적인 측정법에 의해 관절의 전방 10㎜ 또는 후방 10㎜ 이상의 관절동요인 경우
- 객관적인 측정법은 환측의 무릎관절 동요를 측정하고 건측의 무릎관절 동요를 차감하여 결정하되, 전방십자인대 파열인 경우에는 무릎관절을 20-30도 굴곡시킨 상태에서 스트레스 방사선 촬영하고, 후방십자인대 파열인 경우에는 무릎관절을 약 70-90도 굴곡시킨 상태에서 스트레스 방사선을 촬영한다. 단, 두 다리에 동요관절이 발생된 경우에는 그 측 정된 동요정도를 그대로 인정한다.

나) 습관적인 탈구의 정도가 심하여 일상생활에 심각한 지장을 받는 사람(단순한 습관성탈구 제외)

(3) 지체기능장해(팔·다리·척추장해)

① 개요

(가) 지체기능장해는 팔, 다리의 장해와 척추장해로 대별된다.

(나) 팔, 다리의 기능장해는 팔 또는 다리의 마비로 팔 또는 다리의 전체 기능에 장해가 있는 경우를 말한다.

(다) 마비에 의한 팔, 다리의 기능장해는 주로 척수 또는 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서, 감각손실 또는 통증에 의한 장해는 포함하지 않는다.

(라) 팔 또는 다리의 기능장해가 마비에 의하는 때에는 근력이 어느 정도 남아있지만 기능적이 되지 못할 정도(근력 검사상 Fair 이하)이어야 한다.

(마) 근력은 주로 도수근력검사(Manual Muscle Test)로 측정하며, 근력은 Normal(5), Good (4), Fair (3), Poor (2), Trace (1), Zero(0)로 구분한다.

(바) 팔, 다리의 기능장해판정은 근력 측정치를 판정자료로 활용하여 판단한다.

(사) 이학적 검사 이외의 장해판정에 근거가 되는 영상의학 검사나 근전도 검사 소견이 있어야 한다.

(아) 척수장해의 판정은 척수의 외상 또는 질환에 의하여 척수가 손상된 경우를 대상으로 한다. (척수원추(conus medullaris)와 마미(cauda equina)의 손상을 포함한다) 따라서 추간판 탈출증, 척추협착증 등으로 인한 신경근병증에서 나타나는 마비는 해당되지 않는다.

(자) 척수장해는 최초 판정일로부터 2년 후에 재판정을 하여야 한다. 다만, 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우는 재판정을 제외할 수 있다.

(차) 척수병변(질환)은 전산화단층영상촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 양전자단층촬영(PET) 등으로 확인되고, 신경학적인 결손을 보이는 부위와 검사소견이 서로 일치 하여야 한다.

(카) 척수장해인 경우 소아청소년의 경우에는 만 1세 이상의 연령부터 가능하며, 해당 의사의 판단에 따라 판정한다.

(타) 척수장해의 소아청소년은 만 6세 미만에서 장해판정을 받은 경우 만 6세이상 ~ 만 12세 미만에서 재판정을 실시하여야 한다.

- 만 6세 이상 ~ 만 12세 미만 기간에 최초 장해판정 또는 재판정을 받은경우 향후 장해상태의 변화가 예상되는 경우에는 만 12세이상 ~ 만 18세 미만 사이에 재판정을 받아야 한다.

② 상지기능장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급1호	- 두 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
2급1호	- 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
2급2호	- 두 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
2급3호	- 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
3급1호	- 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 (근력등급 3)
3급2호	- 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람 (근력등급 0, 1)
3급3호	- 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람

장해등급	장해정도
	(근력등급 0, 1)
3급4호	- 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
4급1호	- 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람 (근력등급 0, 1)
4급2호	- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
4급3호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
4급4호	- 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
5급1호	- 한 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 (근력등급 3)
5급2호	- 두 손의 엄지손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
5급3호	- 한 손의 엄지손가락을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
5급4호	- 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
5급5호	- 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
6급1호	- 한 손의 엄지손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
6급2호	- 한 손의 둘째손가락을 포함하여 2개 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)
6급3호	- 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 마비로 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 사람(근력등급 3)
6급4호	- 한 손의 셋째손가락, 넷째손가락 그리고 다섯째손가락 모두를 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 사람(근력등급 0, 1)

③ 하지기능장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급2호	- 두 다리를 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
2급4호	- 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)

장해등급	장해정도
3급5호	- 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 사람(근력등급 0, 1)
4급1호	- 두 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 (근력등급 3)
4급5호	- 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 사람(근력등급 2)
5급6호	- 한 다리를 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 사람 (근력등급 3)
5급7호	- 두 발의 모든 발가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 사람 (근력등급 0, 1)

④ 척추장해

(가) 판정개요

○ 척추병변은 단순 X-선촬영, 전산화단층영상촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 근전도 등 특수검사 소견과 수술부위 및 수술종류를 확인해야 한다.

○ 척추분절에 운동을 허용하도록 고안된 인공 디스크삽입술, 연성고정술, 와이어고정술은 고정된 분절로 보지 않는다.

○ 강직성 척추질환(강직성 척추염 등)의 경우 방사선 검사상 부위가 명확하여야 하며 천장관절 소견은 따로 고려하지 않는다. 하지 또는 상지의 관절장해를 함께 가지고 있는 경우에는 별도로 판정한다.

- 완전강직은 방사선 사진상 경추부, 흉추부 또는 요추부의 완전유합이 확인되고, 해당 척추 부위의 운동가능범위(경추부 340도, 흉·요추부 240도)의 90% 이상 감소된 경우를 말한다.

○ 척추는 장해부위에 따라 경부(경추)와 체간(흉·요추)으로 나누는데 각 추체간의 정상 운동범위는 다음과 같다.

- 골유합술 등으로 고정된 분절은 그 분절의 운동기능을 모두 상실한 것으로 보고, 고정된 분절이외의 분절은 운동기능을 정상으로 보아서 산출한다.

<척추 운동단위별 표준 운동가능영역>

경추부	후두-1경추	1-2 경추	2-3 경추	3-4 경추	4-5 경추	5-6 경추	6-7 경추	7경추-1흉추	계
운동범위	13	10	8	13	12	17	16	6	95
흉요추부	10-11 흉추	11-12 흉추	12흉추-1요추	1-2 요추	2-3 요추	3-4 요추	4-5 요추	5요추 1천추	계
운동범위	9	12	12	12	14	15	17	20	111

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급5호	- 경추와 흉요추의 운동범위가 정상의 4/5 이상 감소된 사람
2급6호	- 강직성 척추질환으로 경추와 흉추 및 요추가 완전강직된 사람
3급1호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 4/5 이상 감소된 사람
4급1호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 3/5 이상 감소된 사람
5급8호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 2/5 이상 감소된 사람
5급9호	- 강직성 척추질환으로 경추와 흉추 또는 흉추와 요추가 완전강직된 사람
6급5호	- 경추 또는 흉·요추의 운동범위가 정상의 1/5 이상 감소된 사람
6급6호	- 강직성 척추질환으로 경추 또는 요추가 완전강직된 사람

주1) 강직성 척추질환으로 방사선사진 상 경추 2번 이하와 흉추 및 요추의 완전유합이 확인되는 경우에는 3급1호에 준용한다.

(4) 변형 등의 장해

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
5급1호	- 한 다리가 건강한 다리보다 10㎝ 이상 또는 건강한 다리의 길이의 10분의 1 이상 짧은 사람
6급1호	- 한 다리가 건강한 다리보다 5㎝ 이상 또는 건강한 다리의 길이의 15분의 1 이상 짧은 사람
6급2호	- 척추측만증이 있으며, 만곡각도가 40도 이상인 사람
6급3호	- 척추후만증이 있으며, 만곡각도가 60도 이상인 사람
6급4호	- 성장이 멈춘 만 18세 이상의 남성으로서 신장이 145㎝ 이하인 사람
6급5호	- 성장이 멈춘 만 16세 이상의 여성으로서 신장이 140㎝ 이하인 사람
6급6호	- 연골무형성증으로 왜소증에 대한 증상이 뚜렷한 사람. 다만 이 경우는 만 2세 이상에서 적용 가능

주1) 다리길이의 단축은 반드시 영상의학 검사소견에 의하여 정상측 길이와 비교하여 결정한다.

2) 척추의 만곡 정도는 반드시 X-선 촬영 등의 영상의학 검사소견에 의하여 만곡 각도를 측정하여야 한다.

2. 뇌병변장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

의료기관의 재활의학과·신경외과·신경과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장해 진단을 하여야 한다.

(2) 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장해 진단을 하여야 한다.

(3) 식물인간 또는 장기간의 의식 소실 등의 경우 발병(외상)후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후 장해진단을 할 수 있으며, 이러한 경우 최초 진단일로부터 2년 후에 재판정을 하도록 진단서상에 명기하여야 한다.

(4) 장해상태는 고착되었다 하더라도, 수술을 비롯한 기타의 치료 방법을 시행하면 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해판정을 의료적 조치 후로 유보하여야 한다. 그러나, 합병증의 발생, 피보험자의 건강상태 등의 이유로 1년 이내에 의료적 조치를 실시할 수 없을 경우는 일단 장해판정을 실시한 후 필요한 시기를 지정하여 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다.

(5) 치료 등에 따라 장해정도가 변화 할 수 있는 뇌병변은 최초 판정 후 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우는 재판정을 제외할 수 있다.

(6) 소아청소년은 만 1세 이상의 연령부터 장해판정이 가능하며 판정시기는 해당 의사의 판단에 따라 판정한다.

- 만 6세 미만에서 장해판정을 받은 경우 만 6세 이상~만 12세 미만에서 재판정을 실시하여야 한다.
- 만 6세 이상~만 12세 미만 기간에 최초 장해판정 또는 재판정을 받은 경우향후 장해상태의 변화가 예상되는 경우에는 만 12세 이상~만 18세 미만 사이에 재판정을 받아야 한다.

라. 판정 개요

(1) 뇌병변 장해의 판정은 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중과 기타 뇌의 기질적 병변

으로 인한 경우에 한한다.

(2) 장해의 진단은 주된 증상인 마비의 정도 및 범위, 불수의 운동의 유무 등에 따른 팔·다리의 기능저하로 인한 식사, 목욕, 몸치장, 옷 입고 벗기, 배변, 배뇨, 화장실 이용, 의자/침대 이동, 거동, 계단 오르기 등의 보행과 일상생활동작의 수행능력을 기초로 전체 기능장해 정도를 판정한다.

(3) 전체 기능장해 정도의 판정은 이학적검사 소견, 인지기능평가와 수정바델지수(Modified Barthel Index, MBI)를 사용하여 실시하며 진단서에 내용을 명기한다.

(4) 만 1세 이상 ~ 만 7세 미만 소아는 뇌성마비 대운동 기능 분류 시스템(Gross Motor Function Classification System, GMFCS), 대운동 기능평가(Gross Motor Function Measure, GMFM), 베일리발달검사 등을 참고할 수 있다.

(5) 뇌병변은 전산화단층영상촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 단일광자전산화단층촬영(SPECT), 양전자단층촬영(PET) 등으로 확인되고, 신경학적인 결손을 보이는 부위와 검사소견이 서로 일치 하여야한다. 다만, 뇌성마비 등과 같이 뇌영상 자료에 뇌의 병변이 뚜렷이 확인되지 않는 경우에는 임상적 증상을 우선으로 한다.

(6) 뇌의 기질적 병변으로 시각·청각 또는 언어상의 기능장해나 지적장해에 준한 지능저하 등이 동반된 경우는 중복장해 합산 인정기준에 따라 판정한다.

(7) 파킨슨병은 호엔야척도 및 진료기록 상 확인되는 주요 증상(균형장해, 보행장해 정도 등), 치료경과 등을 고려하여 판정한다.

- 충분한 약물 치료 중인 상태에서 약물반응이 있을 때의 증상을 근거로 하며, 약물에 반응이 없는 경우에는 치료 경과 등을 고려한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급	- 독립적인 보행이 불가능하여 보행에 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 양쪽 팔의 마비로 이를 이용한 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 한쪽팔과 한쪽다리의 마비로 일상생활동작을 거의 할 수 없어, 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 보행과 모든 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 32점 이하인 사람
2급	- 한쪽팔의 마비로 이를 이용한 일상생활동작의 수행이 불가능하여, 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 마비와 관절구축으로 양쪽 팔의 모든 손가락 사용이 불가능하여, 이를 이용한 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람

장해등급	장해정도
	- 보행과 모든 일상생활동작의 수행에 대부분 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 33 ~ 53점인 사람
3급	- 마비와 관절구축으로 한쪽 팔의 모든 손가락 사용이 불가능하여, 이를 이용한 일상생활동작의 수행에 전적으로 타인의 도움이 필요한 사람 - 한쪽 다리의 마비로 이를 이용한 보행이 불가능하여, 보행에 대부분 타인의 도움이 필요한 사람 - 보행과 모든 일상생활동작의 독립적 수행이 어려워, 부분적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 54 ~ 69점인 사람
4급	- 보행과 대부분의 일상생활동작은 자신이 수행하나 간헐적으로 타인의 도움이 필요하며, 수정바델지수가 70 ~ 80점인 사람
5급	- 보행과 대부분의 일상생활동작을 타인의 도움 없이 자신이 수행하나 완벽하게 수행하지 못하는 때가 있으며 수정바델지수가 81~ 89점인 사람
6급	- 보행과 대부분의 일상생활동작을 자신이 완벽하게 수행하나 간혹 수행 시간이 느리거나 양상이 비정상적인 때가 있으며 수정바델지수가 90 ~ 96점인 사람

<보행 및 일상생활동작 평가(수정바델지수, Modified Bathel Index)>

총점 :

수행정도 / 평가항목	전혀 할 수 없음	많은 도움이 필요함	중간정도의 도움이 필요함	경미한 도움이 필요함	완전히 독립적으로 수행
개인위생[1]	0	1	3	4	5
목욕(bathing self)	0	1	3	4	5
식사(feeding)	0	2	5	8	10
용변(toilet)	0	2	5	8	10
계단오르내리기(stair climb)	0	2	5	8	10
착·탈의(dressing)[2]	0	2	5	8	10
대변조절(bowl control)	0	2	5	8	10
소변 조절(bladder control)	0	2	5	8	10
* 이동[3] (chair/bed transfer)	0	3	8	12	15
* 보행(ambulation)	0	3	8	12	15
* 휠체어이동[4](wheelchair)	0	1	3	4	5

1) 개인위생: 세면, 머리빗기, 양치질, 면도 등

2) 착·탈의: 단추 잠그고 풀기, 벨트 착용, 구두끈 매고 푸는 동작 포함

* 3) 이동: 침대에서 의자로, 의자에서 침대로 이동, 침대에서 앉는 동작 포함

* 4) 휠체어이동: 보행이 전혀 불가능한 경우에 평가

3. 시각장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

시력 또는 시야결손정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다만, 장해 상태가 고착되었음이 전문적 진단에 의해 인정되는 경우 이전 진료기록 등을 확인하지 않을 수 있다. 이 경우 이에 대한 의견을 구체적으로 장해진단서에 명시하여야 한다.

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 장해의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기준 시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 또는 수술 이후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다. 다만, 안구적출 등 장해의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다.

(2) 수술 또는 치료 등의 의료적 조치로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 처치 후로 유보하여야 한다.

(3) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초의 진단일로부터 2년 이상 경과한 후로 한다. 2년 이내에 장해상태의 변화가 예상될 때에는 장해의 판정을 유보하여야 한다.

(4) 재판정이 필요한 경우에 장해진단을 하는 전문의는 장해진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

(5) 각막혼탁으로 각막이식술이 필요한 경우나 국내 여건 또는 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 받지 못하는 경우는 최초 판정일로부터 3년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 각막이식술을 받은 경우는 이식수술 1년 후 재판정을 받는다.

(6) 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 백내장 수술을 받을 수 없는 경우 매 2년 마다 재판정을 받도록 한다. 다만, 검사 등을 통해 백내장 수술 후 시력 개선의 여지가 없을 것으로 확인되면 재판정을 하지 않을 수 있다.

(7) 백내장 수술을 받은 경우는 백내장 수술 6개월 후 반드시 재판정을 받도록 한다.

라. 판정 개요

(1) 시력장해와 시야결손장해로 구분하여 판정한다.

(2) 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정법을 이용하여 측정 된 최대교정시력을 기준으로 한다.

(3) 시력은 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있다. 시력표에 규정된 거리에서 같은 줄의 여러 시표 중 옆으로 반 이상의 시표를 정확하게 읽은 경우에만 그 줄의 시력으로 인정한다. 0.1 보다 나쁜 시력을 측정할 경우에는 ETDRS 시력표나 저시각용 시력표(low vision chart)를 사용할 것을 권장한다. 이와 같은 시력표가 없는 경우에는 0.1과 0.2의 시표를 가까이 다가가서 보게하여 측정하여 각각을 비교한다. 예를 들어 4m용 시력표에서 0.1시표의 3개중 2개를 읽으면 0.1이 되고, 0.2시표의 5개 중 3개를 2m에서 읽었다면 시력은 0.1(0.2×2/4)이 되며, 이 0.2시표를 1m에서 읽었다면 시력은 0.05(0.2×1/4)가 된다. (교정시력 기재시 반드시 굴절력을 표기한다)

(4) 양안이 안전수지 등으로 표현되는 시력은 모두 1급으로 판정한다.

(5) 한 눈을 실명한 경우를 5급2호로 판정할 수 없다.

(6) 시야검사는 동적시야검사가 원칙이나 경우에 따라 정적시야검사를 할 수 있다. 검사기계의 종류로는 골드만시야계 또는 험프리시야계 등 공인된 시야검사계로 측정한 결과를 기준으로 판정한다. 골드만시야검사계와 험프리자동시야계의 동적시야검사를 사용할 때는 시표는 III-4e로 한다. 옥토퍼스시야계로 할때는 상기 두 검사의 자극강도인 10 dB에 상응하는 자극강도인 7 dB로 한다. 피검자의 최대교정시력이 0.2 미만이거나 말기녹내장에서는 시표크기를 "V"로 한다. 정적시야검사 결과지의 신뢰도 지표가 낮은 경우에는 골드만시야검사로하며 이때 "비고란"에 피검사자의 중심부 주시정도 및 협조도를 기록해야 한다. 고도근시(-8디옵터 이상)와 무수정체안은 콘택트렌즈를 착용한 상태에서 검사하며 무수정체안은 IV-4e 시표를 사용한다.

(7) 객관적인 눈의 상태에 비해 시력의 현저한 저하가 있을 때는 반드시 전안부 검사, 망막 검사, 시신경검사를 시행하여 시력 저하가 타당한 지 여부를 판단한 후 시각장해 판정을 한다. 또한 장해등급을 판정하기 위해서는 각막이나 수정체가 그 원인이면 전안부 사진(각막 또는 수정체 사진)을 확인하고, 그 외에는 시신경과 황

반이 포함된 망막 사진과 시유발전위검사를 확인해야 한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.02이하인 사람
2급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 사람
3급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.06이하인 사람
3급2호	- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 5도 이하로 남은 사람
4급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 사람
4급2호	- 두 눈의 시야가 각각 모든 방향에서 10도 이하로 남은 사람
5급1호	- 좋은 눈의 시력이 0.2이하인 사람
5급2호	- 두 눈의 시야가 각각 정상시야의 50% 이상 감소한 사람
6급	- 나쁜 눈의 시력이 0.02이하인 사람

4. 청각장해 판정기준

가. 장해진단 기관 및 전문의

청력검사실과 청력검사기(오디오미터)가 있는 의료기관의 이비인후과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다) 다만, 장해 상태가 고착되었음이 전문적 진단에 의해 인정되는 경우 이전 진료기록 등을 확인하지 않을 수 있다. 이 경우 이에 대한 의견을 구체적으로 장해진단서에 명시하여야 한다.

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 장해의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기준 시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 또는 수술 이후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다. 다만, 청력기관의 결손 등 장해의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다.

(2) 전음성 또는 혼합성 난청의 경우에는 장해진단을 수술 또는 처치 등의 의료적 조치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건 또는 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 하되, 필요한 시기를 지정하

여 재판정을 받도록 하여야 한다. 전음성 난청 또는 혼합성 난청이 의심되는 경우 기도 및 골도순음청력검사를 시행하여, 기도-골도차가 6분법에 의해 20데시벨(dB) 이내일 경우 또는 수술 후 난청이 고정되었을 것으로 판단되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

(3) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초의 진단일로부터 2년 이상 경과한 후로 한다. 2년 이내에 장해상태의 변화가 예상될 때에는 장해의 진단을 유보하여야 한다.

(4) 재판정이 필요한 경우 장해진단을 하는 전문의는 장해진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

라. 청력장해

(1) 판정 개요

(가) 청력장해의 장해정도평가는 순음청력검사의 기도순음역치를 기준으로 한다. 2~7일의 반복검사주기를 가지고 3회 시행한 청력검사결과 중 가장 좋은 검사 결과를 기준으로 한다. 또한 장해등급을 판정하기 위해서는 청성뇌간반응검사를 이용한 역치를 확인하여 기도순음역치의 신뢰도를 확보하여야 한다. 단, 청성지속반응검사를 제출한 경우에는 청성뇌간반응검사를 대체할 수 있다.

- 평균순음역치는 청력측정기(오디오미터)로 측정하여 데시벨(dB)로 표시하고 장해등급을 판정하되, 주파수별로 500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz에서 각각 청력검사를 실시한다.
- 평균치는 6분법에 의하여 계산한다(a+2b+2c+d/6). (500Hz (a), 1000Hz (b), 2000Hz (c), 4000Hz (d)) 6분법 계산에서 소수점 이하는 버린다. 만약 주어진 주파수에서 청력역치가 100데시벨(dB) 이상이거나 청력계의 범위를 벗어나면 100데시벨(dB)로 간주하고, 청력역치가 0데시벨(dB) 이하이면 0데시벨(dB)로 간주한다.

(나) 청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 아니하여 청력검사를 시행할 수 없을 때에는 청성뇌간반응검사를 시행하고, 필요한 경우 청성지속반응검사를 첨부하여 장해등급을 판정한다.

(다) 이명이 언어의 구분능력을 감소시킬 수 있으므로 청력역치 검사와 이명도 검사를 같이 실시하여 아래와 같이 등급을 가중할 수 있다. 이명은 객관적인 측정이 어려우나, 2회 이상의 반복검사에서 이명의 음질과 크기가 서로 상응할 때 가능하다.

- 심한 이명이 있으며, 청력장해 정도가 6급인 경우 5급으로 한다.
- 심한 이명이 있으며, 양측의 청력손실이 각각 40~60데시벨(dB) 미만인 경우

6급으로 판정한다.

- 단, 심한 이명은 1년 이상 지속적으로 적극적인 진단과 치료 후에도 불구하고 잔존 증상이 남아있는 경우에 한하여 진료기록지를 확인하여 판정하며, 진료기록지에는 이명에 대한 반복적인 검사 기록이 있어야 한다.

(라) 최대어음명료도는 다음과 같이 검사하되, 2~7일의 반복검사주기를 가지고 3회 시행한 검사결과 중 가장 좋은 검사결과를 기준으로 한다.

① 검사는 녹음기, 마이크 또는 청력측정기에 의하며 보통 회화의 강도로 발성하고 청력측정기 음량의 강약을 조절하여 시행한다.

② 검사어는 "어음명료도 측정표"에 의하고 2초에서 3초에 하나의 낱말을 나누거나 합해서 발성하고 어음명료도의 가장 높은 수치를 최대 어음명료도로 한다. 어음명료도(%) = (피검자가 정확히 들은 검사어음의 수 / 검사어수) × 100

③ 녹음된 어음표에 의한 반복검사에서 어음명료도가 12% 이상의 차이를 보일 경우에는 기능성 난청 또는 위난청을 감별한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급	- 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨(dB) 이상인 사람
3급	- 두 귀의 청력손실이 각각 80데시벨(dB) 이상인 사람
4급1호	- 두 귀의 청력손실이 각각 70데시벨(dB) 이상인 사람
4급2호	- 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50 퍼센트 이하인 사람
5급	- 두 귀의 청력손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람
6급	- 한 귀의 청력손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람

마. 평형기능 장해

(1) 판정 개요

(가) 평형기능이라 함은 공간내에서 자세 및 방향감을 유지하는 능력을 말하며 시각, 고유 수용감각 및 전정기관에 의해 유지된다.

(나) 평형기능의 평가에 있어 검사자는 피검사자의 일상생활 동작수행에 있어 잔존되어 있는 기능을 고려하여 등급을 결정하여야 하며, 1년 이상의 진료기록 등을 확인하여야 한다.

(다) 평형기능 장해는 최초 판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정

을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예상되는 경우는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

(라) 양측 평형기능의 소실의 경우, 전문적 진단으로 영구적 장해로 판단하는 때에는 재판정을 제외할 수 있다.

(마) 모든 평형기능이상의 등급결정에 있어 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 한다.

(바) 양측 전정기능의 이상은 온도안진검사 또는 회전의자검사로 확인하며, 그 외 동요시(oscillopsia), 자발 및 주시 안진, 체위(postulography) 검사 등으로 객관성을 높일 수 있다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
3급	- 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고(임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 하여 진단할 수 있다) 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 사람
4급	- 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고(임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 하여 진단할 수 있다)일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 사람
5급	- 양측 또는 일측의 평형기능의 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60센티미터 이상 벗어나고 (임상적으로 불가피한 경우 6미터를 걷게 하여 진단할 수 있다) 일상에서 복합적인 신체운동이 필요한 활동이 불가능한 사람

5. 언어장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

(1) 의료기관의 재활의학과 전문의 또는 언어재활사가 배치되어 있는 의료기관의 이비인후과·정신건강의학과·신경과 전문의

- 다만, 음성장해는 언어재활사가 없는 의료기관의 이비인후과 전문의 포함

(2) 의료기관의 치과(구강악안면외과) ·치과전속지도전문의(구강악안면외과)

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대한 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다) 다만, 장해 상태가 고착되었음이 전문적 진단에 의해 인정되는 경우 이전 진료기록 등을 확인하지 않을 수 있다. 이 경우 이에 대한 의견을 구체적으로 장해진단서에 명시하여야 한다.

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 장해의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 후 또는 수술 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다.

(2) 수술 또는 치료 등 의료적 조치로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해판정을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건 또는 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 하되, 필요한 시기를 지정하여 재판정을 받도록 하여야 한다.

(3) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초의 판정시기로부터 2년 이상 경과한 후로 한다. 2년 이내에 장해상태의 변화가 예상될 때에는 장해의 판정을 유보하여야 한다.

(4) 재판정이 필요한 경우 장해 판정의는 장해진단서에 재판정 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

라. 판정 개요

(1) 음성장해는 단순한 음성장해, 발음(조음)장해 및 유창성장해(말더듬)을 포함하는 구어장해를 포함하며, 언어장해는 언어중추손상으로 인한 실어증과 발달기에 나타나는 발달성 언어장해를 포함한다.

(2) 말더듬, 조음 및 언어 장해는 객관적인 검사를 통하여 진단한다.

① 유창성 장해(말더듬): 말더듬 심도 검사

② 조음장해: 그림자음검사, 3위치 조음검사, 한국어 발음검사

③ 언어능력:

- 20세 이상의 성인: 보스톤 이름대기검사, K-WAB 검사
- 아동: 그림어휘력검사, 취학전 아동의 수용언어 및 표현언어 발달척도(PRES), 영유아 언어발달검사(SELSI), 문장이해력검사, 언어이해·인지력검사, 언어문제해결력 검사, 한국-노스웨슨턴 구문선별검사

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
3급1호	- 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장해
3급2호	- 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬
3급3호	- 자음정확도가 30%미만인 조음장해
3급4호	- 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 지적장해 또는 자폐성장해로 판정되지 않는 경우
3급5호	- 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 지적장해 또는 자폐성장해로 판정되지 않는 경우
4급1호	- 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장해
4급2호	- 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)
4급3호	- 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장해
4급4호	- 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 지적장해 또는 자폐성장해로 판정되지 않는 경우
4급5호	- 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 지적장해 또는 자폐성장해로 판정되지 않는 경우

6. 안면장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

(1) 의료기관의 성형외과·피부과 또는 외과(화상의 경우) 전문의

(2) 의료기관의 치과(구강악안면외과)·치과 전속지도 전문의(구강악안면외과)

나. 진료기록의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다) 다만, 장해 상태가 고착되었음이 전문적 진단에 의해 인정되는 경우 이전 진료기록 등을 확인하지 않을 수 있다. 이 경우 이에 대한 의견을 구체적으로 장해진단서에 명시하여야 한다.

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기

준 시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 또는 수술 이후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다.

(2) 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건 또는 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 하되 필요한 시기를 지정하여 재판정을 받도록 하여야 한다.

(3) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초의 판정으로부터 2년 이상 경과한 후로 한다. 2년 이내에 장해상태의 변화가 예상될 때에는 장해의 판정을 유보하여야 한다.

(4) 재판정이 필요한 경우 장해진단을 하는 전문의는 장해진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

라. 판정 개요

(1) 안면장해에는 눈에 띄는 면상반흔, 색소침착, 모발결손, 조직의 비후나 함몰, 결손이 포함된다.

(2) "함몰이나 비후"라 함은 연부조직, 골조직 등의 함몰이나 비후, 위축을 말한다.

- 단순한 함몰이나 비후(정상조직보다 최대 2㎝ 미만으로 함몰되거나 비후된경우)에는 병변부위를 산정함에 있어서 75%로 계산한다.

(3) 안면변형장해는 이학적 검사로 확인하며 단순 X선 촬영, CT, MRI등으로 함몰이나 비후의 정도를 결정할 수 있다.

(4) "안면부"라 함은 두부, 안면부, 경부, 이부와 같이 상지와 하지, 몸통 이외에일상적으로 노출되는 부분을 의미한다.

(5) "노출된 안면부"라 함은 전두부와 측두부, 이개후부의 모발선과 정면에서 보았을 때 경부의 전면과 후면을 구분하는 수직선을 연결한 선을 경계로 얼굴, 귀, 목의 앞면을 포함한다.

(6) 한 부위에 다양한 종류의 증상이 공존할 때는 가장 주요한 증상만을 고려한다.

(7) %는 정상부위에 대한 병변부위의 백분율을 말한다.

(8) 모발결손은 탈모증에 의한 것은 제외하며 반흔을 동반한 모발결손으로 국한한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급1호	- 노출된 안면부의 90% 이상의 변형이 있는 사람
2급2호	- 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
3급1호	- 노출된 안면부의 75% 이상의 변형이 있는 사람

장해등급	장해정도
3급2호	- 노출된 안면부의 50% 이상의 변형이 있고 코 형태의 2/3 이상이 없어진 사람
4급1호	- 노출된 안면부의 60% 이상의 변형이 있는 사람
4급2호	- 코 형태의 2/3이상이 없어진 사람
4급3호	- 노출된 안면부의 45% 이상 변형이 있고 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람
5급1호	- 노출된 안면부의 45% 이상이 변형된 사람
5급2호	- 코 형태의 1/3이상이 없어진 사람

7. 신장장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

(1) 투석의 경우는 장해진단 직전 3개월 이상 투석치료를 하고 있는 의료기관의 의사

(2) (1)에 해당하는 의사가 없는 경우 장해진단 직전 1개월 이상 투석치료를 하고 있는 의료기관의 의사가 진단할 수 있으나 장해진단 직전 3개월 이상의 투석치료기록 등을 확인하여야 한다.

(3) 신장이식의 경우는 신장이식을 시술하거나 이식환자를 진료하는 의료기관의 외과 또는 내과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대한 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 3개월 이상의 기간 동안 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식 받은 사람에 대하여 장해 진단한다.

(2) 혈액투석이나 복막투석의 경우 재판정은 매 2년마다 시행한다.

(3) 신장이식의 경우는 재판정을 제외한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급	- 만성신부전증으로 인하여 3개월 이상의 기간 동안 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 사람
5급	- 신장을 이식 받은 사람

8. 심장장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

(1) 장해진단 직전 1년 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 내과(순환기분과) ·소아청소년과 또는 흉부외과 전문의

(2) (1)에 해당하는 전문의가 없는 경우 의료기관의 내과(순환기분과)·소아청소년과 또는 흉부외과 전문의가 진단할 수 있으나 장해진단 직전 1년 이상의 내과(순환기분과)·소아청소년과 또는 흉부외과의 진료기록 등을 확인하여야 한다.

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 장해판정 직전 1년 이상 지속적으로 동일 심장질환에 대하여 치료 후에 고착되었다는 것을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착되었을 때에 장해를 진단한다.

(2) 최초 판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

(3) 심장이식의 경우는 재판정을 제외한다.

라. 판정 개요

(1) 장해판정 직전 1년 이상의 진료기록 등을 확인하되, 최근 2개월간의 환자상태와 임상 및 검사소견으로 장해등급을 진단한다.

(2) 장해판정 직전 2개월 이내에 입원경력이 있는 경우에 입원치료로 인하여 검사결과가 다르게(장해등급이 낮거나 높게) 나타날 수 있으므로 퇴원후 2개월이 지난 후에 임상적으로 안정된 상태를 평가하여 장해등급을 진단하도록 한다. 다만, 마지막 퇴원 후 2개월이 경과하지 않은 경우 검사결과 중 안정된 상태를 반영하지 않는다고 판단되는 검사는 제외하여 평가할 수 있다.

(3) 심장장해에 있어 질환의 정도와 질환으로 인한 능력장해의 정도를 다음 7가지의 임

상소견과 검사결과 등에 의하여 진단한다.

(가) 운동부하검사 또는 심장질환증상중등도: 5점 만점

(나) 심초음파 또는 핵의학검사상 좌심실구혈률, 선천성 심장질환의 경우 (선천성 심장질환 기능 평가), 심실 구혈률이 정상이면서도 일상생활에 제한을 받는 심장질환의 경우 (좌심실구혈률 정상이면서 일상생활에 제한을 받는 심장질환의 심장질환증상중등도 가중 기준표): 8점 만점

(다) 검사소견: 10점 만점

(라) 심장수술 및 중재시술 병력: 8점 만점

(마) 입원병력: 5점 만점, 최근 9개월 이내

(바) 입원횟수: 3점 만점, 최근 9개월 이내

(사) 치료병력: 3점 만점, 최근 9개월 이내

(4) 심장장해 판정시 검사항목 및 항목별 점수 기준

(가) 운동부하 검사상 기준표 또는 심장질환증상 중등도 기준표 - 5점 만점

① 운동부하 검사상 기준표

중등도	Peak METS	점수
1단계	7 METS 이상	1점
2단계	5 ~ 7 METS	2점
3단계	2.5 ~ 5 METS	4점
4단계	2.5 METS 이하	5점

비고) 가급적이면 객관적인 기준인 운동부하검사 결과를 기준으로 하되, 운동부하검사가 불가능하거나 부적절한 경우에는 심장질환증상중증도를 기준으로 한다.

② 심장질환증상중증도 기준표

중등도	상태	점수
1단계	신체활동을 어느 정도 제한할 필요가 있는 심장병 환자, 가정내의 보통의 활동에는 어떤 제한도 없지만 그 이외의 활동에는 심부전 증상 또는 협심증 증상이 일어나는 경우	1점
2단계	신체활동을 제한할 필요가 있는 심장병 환자, 가정내에서 극히 쉬운 활동은 상관없지만 그 이외의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상이 일어나는 경우	2점
3단계	신체활동을 극도로 제한할 필요가 있는 심장병 환자, 신체주위의 일은 간신히 할 수 있지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상이 일어나는 경우	4점

중등도	상태	점수
4단계	안정을 취할 시에도 심부전증상 또는 협심증 증상이 일어나고 안정을 취하지 않으면 그 정도가 심해지는 경우(호소하는 정도가 심해지는 경우)	5점

(나) 심초음파 혹은 핵의학검사상 좌심실구혈률 - 8점 만점

① 심초음파 혹은 핵의학검사상 죄삼실 구혈률 점수표

중등도	좌심실구혈률	점수
1단계	41 ~ 50%	1점
2단계	31 ~ 40%	3점
3단계	21 ~ 30%	5점
4단계	20% 이하	8점

비고) 심초음파검사가 불가능하거나, 부적절한 경우에는 핵의학검사를 이용한 좌심실 구혈률로 중등도 단계를 정한다.

② 선천성 심장질환 기능 평가 점수표

- 좌심실 구혈률이 정상이면서도 일상생활에 제약을 받는 선천성 심장질환은 ① 심초음파 혹은 핵의학검사상 좌심실구혈률 점수표 대신 아래의 점수표를 사용한다.

상태	점수
1. 교정 수술이 불가능한 심한 중심폐동맥 고혈압(대동맥압의 2/3 이상인 중심폐동맥 고혈압) 또는 아이젠맹거 증후군	8점
2. 주심실이 우심실인 양심실 기형	5점
3. 기능적 단심실인 복잡 심기형	5점
4. 중등도 이상의 페동맥 고혈압 (대동맥압의 1/2 이상)	2점

③ 좌심실구혈률 정상이면서 일상생활에 제한을 받는 심장질환의 심장질환증상 중등도 가중 기준표

- 좌심실구혈률이 정상이면서도 일상생활에 제한을 받는 심장질환 (만성교압성 심낭염, 비후성 심근병증 중 폐쇄성인 경우, 제한성 심부전등)에는 ① 심초음파 혹은 핵의학검사상 좌심실구혈률 점수표 대신 아래의 가중 기준표를 사용한다.

중등도	상태	점수
1단계	신체활동을 어느 정도 제한할 필요가 있는 심장병 환자, 가정내의 보통의 활동에는 어떤 제한도 없지만 그 이외의 활동에는 심부전 증상 또는 협심증 증상이 일어나는 경우	1점
2단계	신체활동을 제한할 필요가 있는 심장병 환자, 가정내에서 극히 쉬운 활동은 상관없지만 그 이외의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상이 일어나는 경우	3점
3단계	신체활동을 극도로 제한할 필요가 있는 심장병 환자, 신체주위의 일은 간신히 할 수 있지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상이 일어나는 경우	5점
4단계	안정을 취할 시에도 심부전증상 또는 협심증 증상이 일어나고 안정을 취하지 않으면 그 정도가 심해지는 경우(호소하는 정도가 심해지는 경우)	8점

(다) 검사소견 - 10점 만점

- 흉부 X-선: 5점 만점으로 함
- 심전도 는 5점 만점으로 하되 선천성심장질환의 경우 3점 만점으로 함
- 청색증은 선천성심장질환의 경우 추가하여 점수를 판정하며 3점 만점으로 함

검사구분	증상	점수
흉부 X선	1. 폐울혈, 폐부종	3점
	2. 양측 늑막 삼출	2점
	3. 심비대(심흉곽비 60%이상)	2점
심전도	1. 심방조동, 심방세동, 비지속성 심실빈맥, 방실전도장해 (2도 내지 3도)	3점
	2. 좌각차단 (C-LBBB)	3점
	3. 심근경색증	2점
	4. 심실비대 (좌 혹은 우심실)	2점
	5. ST분절 및 T파 이상소견	2점
청색증	1. 경도의 청색증(산소포화도 90 - 95%, 또는 헤마토크리트 50 - 55)	1점
	2. 증등도의 청색증(산소포화도 85 - 89%, 또는 헤마토크리트 56 - 60)	2점
	3. 증증의 청색증(산소포화도 85% 미만, 또는 헤마토크리트	3점

검사구분	증상	점수
	61 이상)	

비고) 1. 흉부 X-선과 심전도 소견은 각각 5점 만점으로 한다. 단, 선천성 심장질환의 경우에는 심전도 소견을 3점 만점으로 한다.

2. 흉부 X-선과 심전도상 심비대 중복시 한가지만 적용하여 2점으로 한다. 선천성 심장질환인 경우에는 흉부 X-선 검사에서 심실 확장이 정상치보다 2SD 이상인 경우 심비대를 2점으로 판정한다.

3. 심전도소견상에 다음과 같은 2가지 이상의 소견이 중복된 경우에 다음과 같이 인정한다.

○ 좌각차단·심근경색이 같이 있는 경우 3점
○ 좌각차단·심근경색·ST분절 및 T파 이상이 같이 있는 경우 3점
○ 좌각차단·심실비대가 같이 있는 경우 3점
○ 좌각차단·심근비대·ST분절 및 T파 이상이 같이 있는 경우 3점
○ 좌각차단·ST분절 및 T파 이상이 같이 있는 경우 3점
○ 심근경색·심실비대가 같이 있는 경우 3점
○ 심근경색·ST분절 및 T파 이상이 같이 있는 경우 3점
○ 심방세동·ST분절 및 T파 이상이 같이 있는 경우 3점
○ 심실비대·ST분절 및 T파 이상이 같이 있는 경우 3점

4. 심흉곽비는 후전방향 촬영 영상(PA)으로 산출한다.

5. 검사 소견에 의한 점수는 총 10점으로 한다.

6. 청색증 항목은 선천성 심장질환 중 환자의 병태생리에 부합 하는 경우에 적용한다.

(라) 심장수술 및 중재시술 병력: 8점 만점

종류	점수
1. 심장이식	4점
2. 관상동맥우회술	4점
3. 인공판막 대치술 및 성형술	4점
4. 경피적 관상동맥 풍선 확장술 (stent삽입술 포함)	3점
5. 경피적 승모판 풍선 확장술	3점
6. 기타 경피적 중재술	3점
7. 인공심박동기 삽입술 혹은 제세동기(ICD), 심장재동기(CRT) 삽입술	3점
8. 선천성 심장 기형으로 인한 수술	1회 4점

종류	점수
	2회 6점 3회 이상 8점
9. 교정술을 시행하지 않은 경우로 심한 폐고혈압으로 완전 교정술이 불가능한 경우 교정술을 시행하지 않은 경우로 양심실 교정수술이 불가능한 복잡 심기형을 가진 환자	4점 4점
10. 선천성 심장 질환에서 경피적 중재술	3점

비고) 1. 인공판막 대치술 및 성형술 병력과 경피적 승모판 풍선 확장술 병력이 같이 있으면 4점
2. 선천성 심장기형으로 인한 수술횟수 당 점수 이외의 모든 항목은 횟수에 관계없이 해당 점수를 인정한다.

(마) 입원병력 (최근 9 개월 이내): 5점 만점

구분	점수
1. 심부전 - 입원시 심부전의 악화의 객관적인 자료가 있어야 한다. 흉부 X-선상 폐부종, 폐울혈소견, 심비대, 심초음파 소견상 심실 확장 및 좌심실 구혈률의 저하	5점
2. 심근허혈 - 입원시 심근허혈의 객관적인 자료가 있어야한다. 심근 효소증가에 의한 심근경색, 또는 심전도상 가역적인 심근허혈 변화	5점
3. 선천성 심질환 - 입원시 선천성 심질환의 주요 합병증의 객관적인 자료가 있어야한다. 심기능이나 혈역학적 소견의 악화, 산소 포화도 감소	5점

비고) 1. 심장질환으로 입원하여 심부전 증거나, 심근허혈 증거가 있는 경우와 입원시 선천성 질환의 주요 합병증의 객관적인 자료가 있는 경우에 한한다.
2. 적극적인 통원치료에도 불구하고 증상이 악화되어 입원한 경우에 한한다(임의적인 약물투여 중지로 악화된 경우, 타질환으로 입원하였거나 악화된 경우는 제외).

(바) 입원횟수 (최근 9개월 이내): 3점 만점

구분	점수
2회	2점
3회 이상	3점

비고) 1. 심장질환으로 입원하여 심부전 증거나, 심근허혈 증거가 있는 경우와 입원시 선천성 질환의 주요 합병증의 객관적인 자료가 있는 경우에 한한다. 2. 적극적인 통원치료에도 불구하고 증상이 악화되어 입원한 경우에 한한다(임의적인 약물투여 중지로 악화된 경우, 타질환으로 입원하였거나 악화된 경우는 제외).

(사) 치료병력 (최근 9 개월 이내): 3점 만점

구분	점수
1. 정기적인 통원 치료 (9개월 이내에 6회 이상)	3점
2. 통원 치료 (9개월 이내에 1~5회)	2점

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급	- 심장기능의 장해가 지속되며, 안정시에도 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 30점 이상인 사람 (심장질환을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)
2급	- 심장기능의 장해가 지속되며, 신체주위의 일은 어느 정도 할 수 있지만 그 이상의 활동으로는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 25~29점에 해당하는 사람
3급	- 심장기능의 장해가 지속되며, 가정 내에서의 가벼운 활동은 상관없지만 그 이상의 활동에는 심부전증상 또는 협심증 증상 등이 일어나서 라-(3)항의 (가)~(사)항의 임상소견과 검사결과 등에 의한 점수가 20~24점에 해당하는 사람
5급	- 심장을 이식받은 사람

9. 간장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

장해진단 직전 2개월 이상 진료를 한 의사로서 의료기관의 내과(소화기분과)·외과· 소아청소년과 전문의

나. 진료기록의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 1년 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 대상자의 질병상태 등에 대한 소관 전문의의 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 적극적인 치료에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없는 만성 간질환의 경우에 장해를 진단한다.

(2) 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건상 그 수술이 쉽게 행하여지지 않는 경우와 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 할 수 있다.

(3) 최초 판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

(4) 간이식의 경우는 재판정을 제외한다.

라. 판정 개요

(1) 충분한 내과적 치료에도 불구하고 장해가 지속적으로 유지되는 간경변증, 간세포암종 등 만성 간 질환임을 확인해야 한다.

(2) 최소 2개월 이상의 반복적인 검사 결과 중 양호한 상태의 검사결과로 판정한다.

(3) 잔여 간기능의 평가

- 5~6점은 등급 A, 7~9점은 B, 10점 이상은 C로 분류

<Child-Pugh 분류법>

(단위: 점)

구분	1점	2점	3점
혈청 빌리루빈(mg/dL)	< 2.0	2.0~3.0	> 3.0
혈청 알부민(g/dL)	> 3.5	2.8~3.5	< 2.8
복수	없음	쉽게 조절됨	조절이 용이하지 않음
신경학적 이상	없음	1도~2도	3도~4도
프로트롬빈 시간 연장(초) / INR	< 4 / <1.7	4~6 / 1.7~2.3	> 6 / > 2.3

(4) 합병증의 평가

- 복수

  저명한 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사(복부 초음파 및 복부 전산화단층 촬영 등)에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 증명된 경우에서 복수를 일으킬 수 있는 다른 원인이 배제된 경우

- 조절이 용이하지 않은 복수(난치성 복수) 최근 6개월 사이에 합병증이 있어 이뇨제를 증량할 수 없거나 최대용량의 이뇨제(spironolactone 400mg/일 및 furosemide 160mg/일을 1주 이상 시행 등)를 투여하고도 복수가 조절되지 않아 한달동안 최소 2회 이상의 대량복수천자로 치료한 경우

- 자발성 세균성 복막염

  복강내에 외과적으로 치료할 수 있는 감염원이 없고, 복수 다형핵세포수가 250/㎣ 이상이면서 복수 배양검사상 양성이거나 임상적으로 자발성 세균성 복막염으로 진단된 경우

- 간성뇌증

  만성 간질환 환자에서 임상적으로 증명된 간성뇌증에서 혼수를 일으킬 다른 원인이 배제된 경우이면서 뇌기능 장해를 치료 함에도 불구하고 최근 6개월동안 2도 이상의 간성뇌증이 2회 이상 반복되는 경우

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간기능이 Child- Pugh 평가상 등급 C이면서 다음의 합병증 중 하나 이상을 보이는 사람 1) 간성뇌증, 2) 내과적 치료로 조절되지 않는 난치성 복수
2급	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자중 잔여 간 기능이 Child- Pugh 평가상 등급 C이면서 다음의 병력(2년 이내의 과거병력) 중 하나 이상을 보이는 사람 1) 간성뇌증의 병력, 2) 자발성 세균성 복막염의 병력
3급1호	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간 기능이 Child- Pugh 평가상 등급 C인 사람
3급2호	- 만성 간질환(간경변증, 간세포암종 등)으로 진단받은 환자 중 잔여 간 기능이 Child-Pugh 평가상 등급 B이면서 다음의 합병증 중 하나 이상을 보이는 사람 1) 난치성 복수 2) 간성뇌증
5급	- 간을 이식받은 사람

10. 호흡기장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

장해진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(호흡기분과, 알레르기분과)· 흉부외과·소아청소년과·결핵과 또는 산업의학과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인질환 등에 대하여 1년 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 정기적 흉부 X-선 소견, 폐기능 검사, 동맥혈가스검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 적극적인 치료에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없는 만성 호흡기 질환의 경우에 장해를 진단한다.

(2) 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건상 그 수술이 쉽게 행하여지지 않는 경우와 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 하되, 국내 여건의 변화 등을 감안하여 필요한 시기를 지정하여 재판정을 받도록 하여야 한다.

(3) 최초 판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

(4) 폐이식의 경우는 재판정을 제외한다.

라. 판정 개요

(1) 충분한 내과적 치료에도 불구하고 장해가 지속적으로 유지되는 만성 호흡기 질환임을 확인해야 한다.

(2) 장해를 판정하기 위해서는 장해판정 직전 1년 이내에① 호흡곤란 정도 판정, ② 흉부 X-선 촬영, ③ 폐기능 검사, ④ 동맥혈 가스 검사 등에 의한 객관적인 검사소

견이 있어야 하며, 이밖에 필요한 경우 호흡기질환에 따라 흉부 CT, 기관지내시경, 운동부하 폐기능 검사, 폐 환기-관류 동위원소 검사, 폐동맥 촬영술 등을 시행하여 정확한 진단을 하여야 한다.

(3) 최소 2개월 이상의 반복적인 검사결과 중 양호한 상태의 검사결과로 판정한다.

(4) 폐기능검사는 표준화된 검사에 의하며 1회 검사시 3차례 시행된 검사결과 중 가장 좋은 검사결과를 기준으로 장해정도를 판정한다. 기관지확장제 반응검사를 동시에 시행하여야 한다. 다만, 외상이나 수술에 의한 경우에는 기관지확장제 반응검사를 시행하지 않을 수 있다.

① 폐기능검사는 기관지확장제 반응검사에 양성인 경우(예를 들어 기관지확장제로 1초시 강제호기량이 200㎖이상 상승하고 비율도 12% 이상 증가한 경우) 3개월 이상의 적극적인 치료 후 다시 평가한다.

② 3개월 이상 적극적인 치료에도 기관지확장제 반응검사에 양성이면서 폐기능이 호전이 없이 지속적으로 유지되었다면 판정을 할 수 있다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급1호	- 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 안정시에도 산소요법을 받아야 할 정도의 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 25%이하이거나, 산소를 흡입하지 않으면서 평상시 대기중에서 안정시에 동맥혈 산소분압이 55㎜Hg 이하인 사람
1급2호	- 만성호흡기 질환으로 인하여 기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활하는 사람
2급	- 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 집안에서의 이동시에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 30% 이하이거나, 산소를 흡입하지 않으면서 평상시 대기중에서 안정시에 동맥혈산소분압이 60㎜Hg 이하인 사람
3급	- 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적인 기능부전으로 평지에서의 보행시에도 호흡곤란이 있고, 평상시의 폐환기 기능(1초시 강제호기량) 또는 폐확산능이 정상예측치의 40% 이하이거나, 산소를 흡입하지 않으면서 평상시 대기중에서 안정시에 동맥혈 산소분압이 65㎜Hg 이하인 사람
5급1호	- 폐를 이식받은 사람
5급2호	- 늑막루가 있는 사람

11. 장루·요루장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

의료기관의 외과·산부인과·비뇨기과 또는 내과 전문의

나. 진료기록의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료한 후에도 장해가 고착(복원수술이 가능한 경우 1년 이상 경과)되었음을 장루조성술시의 수술기록지, 병리소견서, 진단서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. 필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 복원수술이 불가능한 장루(복회음절제술후 에스결장루, 전대장직장절제술후 시행한 말단형 회장루 등)·요루(요관피부루, 회장도관 등)의 경우에는 장루(요루) 조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점에서 장해를 진단한다.

- 진단의는 복원수술 가능여부를 장해진단서에 기재하여야 한다.

(2) 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건상 그 수술이 쉽게 행하여지지 않는 경우와 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 할 수 있다.

(3) 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 최초 판정일로부터 3년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 복원수술을 시행할 가능성이 있는 경우에는 다시 재판정일로부터 3년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 복원수술이 불가능한 장루(요루) 등 장해의 상태가 고착되었다고 판단하는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

라. 판정개요

(1) 배변이나 배뇨를 위하여 복부에 인위적으로 조성된 구멍(장루 또는 요루)을 가지고 있는 경우에 장루·요루장해로 진단한다.

(2) 요루는 회장도관, 요관피부루, 경피적 신루를 포함한다.

(3) 2급에 해당하는 말단 공장루는 소장의 2/3이상 절제한 경우에 판정한다.

(4) 합병증의 평가

(가) 배뇨기능장해는 간헐적 도뇨 등이 필요한 경우를 말하며, 요역동학검사 등 신경학적 검사 소견과 진료기록 및 의사의 소견으로 확인하여야 한다. 전립선

비대증 등 타과적 질환으로 인한 배뇨장해나 노화로 인한 뇨실금, 신경인성 방광 등 원발성 배뇨장해는 장루(요루)장해의 합병증으로 인정하지 않는다.

(나) 장피누공(방광질누공, 직장질누공, 요관질누공 포함 등)은 방사선 등에 의한 손상으로 장루 이외의 구멍으로부터 장 내용물이 지속적으로 흘러나오며 수술 등에 의해서도 치유될 가능성이 없는 경우를 말하며 사진 및 방사선검사 결과지 등의 객관적 자료로 확인하여야 한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급1호	- 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있으며, 그 중 하나 이상의 루에 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장해가 있는 사람
2급2호	- 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공과 배뇨기능장해가 모두 있는 사람
2급3호	- 배변을 위한 말단 공장루를 가지고 있는 사람
3급1호	- 장루와 함께 요루 또는 방광루를 가지고 있는 사람
3급2호	- 장루 또는 요루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공 또는 배뇨기능장해가 있는 사람
4급1호	- 장루 또는 요루를 가진 사람
4급2호	- 방광루를 가지고 있으며, 합병증으로 장피누공이 있는 사람
5급	- 방광루를 가진 사람

주1) 선행성 관장루를 시행한 경우 5급으로 준용한다.

2) 코크파우치, 미트라파노프 수술을 시행한 경우 4급으로 준용한다.

3) 단, 선행성 관장루를 가지고 있고 코크파우치 또는 미트라파노프 수술을 시행한 경우 4급으로 준용한다.

12. 뇌전증장해 판정기준

12-1. 성인

가. 장해진단기관 및 전문의

장해진단 직전 6개월 이상 진료한 의료기관에서 근무하는 신경과·신경외과·정신건강의학과·소아청소년과·소아신경과 전문의

나. 진료기록의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등이 2년 이상의 지속적이고 적극적인 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. 필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다)

다. 장해진단 및 재판정

(1) 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기준 시기는 현재의 상태와 관련하여 최초진단 이후 2년 이상의 지속적이고 적극적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착되었을 때 장해를 진단한다.

(2) 최초 판정일로부터 3년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 3년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

라. 진단 개요

(1) 현재 적극적인 치료 중인 상태에서 장해를 진단한다.

(2) 모든 판단은 객관적인 의무 기록으로 확인하여야 한다.

- 의무기록에는 확고한 발작의 종류별 분류 근거(자세한 발작의 임상 양상, 뇌파검사 소견, 뇌영상 촬영소견, 신뢰할 수 있는 목격자 진술 등), 정확한 발생 빈도, 적극적 치료의 증거(환자의 순응도, 약물 처방, 약물 혈중농도, 생활관리의 성실도 등)가 기술되어야 한다.

(3) 중증발작이란 전신강직간대경련, 전신강직경련 혹은 전신간대경련을 동반하는 발작, 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작, 의식 장해가 3분 이상 지속되는 발작 또는 사고나 외상을 동반하는 발작을 말한다.

(4) 경증발작이란 중증발작과 장해등급판정 대상에서 제외되는 발작에 해당되지 않는 발작을 말한다.

- 수면 중 발생하는 뇌전증은 중증발작에 속하나 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호관리가 필요한 경우에 해당하지 않으므로 경증발작으로 본다.

(5) 조짐(aura), 소발작(absence), 단발적 근간대성발작은 장해등급 판정에서 제외한다.

(6) 경증발작과 중증발작이 모두 발생하는 경우는 경증발작 1회를 중증발작 0.5회 또는 중증발작 1회를 경증발작 2회로 계산한다. 다만, 2급의 경우에는 중증발작 횟수만을 가지고 판단한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급	- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 8회 이상의 중증발작이 연 6회 이상 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장해, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능의 장해등으로 심각한 요양관리가 필요하며, 일상생활 및 사회생활에 항상 타인의 지속적인 보호와 관리가 필요한 사람
3급	- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 있고, 발작을 할 때에 유발된 호흡장해, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 두통, 구역, 인지기능 장해 등으로 요양관리가 필요하며 일상생활 및 사회생활에 수시로 보호와 관리가 필요한 사람
4급	- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월2회 이상의 경증발작이 연 6회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 현저히 곤란한 사람
5급	- 만성적인 뇌전증에 대한 적극적인 치료에도 불구하고 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 3회 이상 있고, 이로 인하여 협조적인 대인관계가 곤란한 사람

12-2. 소아청소년(만 18세 미만)

가. 장해진단기관 및 전문의

장해진단 직전 6개월 이상 진료한 의료기관의 소아청소년과·소아신경과 신경과·신경외과 또는 정신건강의학과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

(1) 장해진단을 하는 전문의는 각각의 질환에 대한 규정 기간(1년 내지 2년)이상 경과하고 지속적이고 적극적인 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. 필요시 환자에게 타 병원 진료기록 등을 제출하게 한다) 진료기록에는 확고한 발작의 종류별 분류 근거(자세한 발작의 임상 양상, 뇌파검사 소견, 뇌영상 촬영소견, 신뢰할 수 있는 목격자 진술 등), 정확한 발생빈도, 적극적 치료의 증거(환자의 순응도, 약물처방, 약물 혈중농도, 생활관리의 성실도 등)가 기술되어 있어야 한다.

- 장해평가 확인사항

발작의 형태(seizure type)와 뇌전증의 증후군(epilepsy syndrome)별 진단과 정확한 발생 빈도, 적극적 치료의 증거(환자의 순응도, 약물 처방, 약물 혈중농도, 생활관리의 성실도 등)가 기록된 의무기록, 뇌파검사 소견, 뇌영상 촬영소견 등을 확인한다.

다. 장해진단 및 재판정

(1) 영아연축(Infantile spasm), 레녹스-가스토 증후군(Lennox-Gastaut syndrome) 등과 같은 뇌전증성 뇌병증(epileptic encephalopathy)에 속하는 질환의 경우는 최초 진단 이후 1년의 치료기간 이후 장해판정이 가능하며, 재판정은 3년 후로 한다.

(2) 뇌전증성 뇌병증(epileptic encephalopathy)에 속하지 않는 질환이면서, 최초 진단 이후 2년의 치료기간 이후 장해판정이 가능하며, 재판정은 3년 후로 한다.

(3) 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 3년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 장해의 중증도 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

라. 소아청소년 뇌전증의 진단명에 대한 확인

(1) 기본적인 발작의 형태별 진단은 1981년 ILAE의 진단기준에 따른다.

① 부분발작(Partial seizure)이 있는데, 이는 발작시 의식장해가 없는 단순부분발작(simple partial seizure)과 발작시 의식장해를 동반하는 복잡부분발작(complex partial seizure)으로 분류한다.

② 전신발작(Generalized seizures)은 수 초간 의식소실이 있는 결신발작(absence seizure), 환자는 의식을 완전히 잃고 쓰러지고, 강직성의 근수축과 간헐적인 근굴곡을 일으키는 간대기가 뒤이어 나타나는 강직-간대 발작(대발작: generalized tonic-clonic seizure), 강직발작(tonicseizure), 간대발작(clonic seizure), 사지나 몸통 근육의 갑작스런 불수의적 수축을 일으키는 근간대성 발작(myoclonic seizures), 근긴장이 소실되어 머리를 갑자기 앞으로 떨어뜨리거나 무릎이 꺾이는 탈력발작(akinetic, astatic, atonic seizure)이 있다.

(2) 뇌전증의 증후군별 진단은 1989년 ILAE의 진단기준에 따른다. 잘 알려진 영아연축(Infantile spasm), 레녹스-가스토 증후군(Lennox-Gastaut syndrome) 등과 같은 뇌전증성 뇌병증(epileptic encephalopathy)외에도 소아청소년의 연령에만 국한되는 증후군이 다수 있으므로, 이를 참조한다.

(3) 항뇌전증약의 적극적인 치료에도 발작이 지속되는 경우 발작의 형태와 평균 발작

횟수에 따라 장해등급을 판정한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
2급1호	- 전신발작은 1개월에 8회 이상의 발작이 있는 사람 (다만, 결신발작과 근간대성발작의 경우는 아래 참고와 같이 평가)
2급2호	- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop, falling attack)은 1개월에 4회 이상의 발작이 있는 사람
2급3호	- 영아연축(Infantile spasm), 레녹스-가스토 증후군 (Lennox-Gastaut syndrome) 등과 같은 뇌전증성 뇌병증(epileptic encephalopathy)은 1개월에 4회 이상의 발작이 있는 사람
2급4호	- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling attack을 초래하는 경우)는 1개월에 4회 이상의 발작이 있는 사람
3급1호	- 전신발작은 1개월에 4~7회의 발작이 있는 사람
3급2호	- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop, falling attack)은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
3급3호	- 영아연축(Infantile spasm), 레녹스-가스토 증후군 (Lennox-Gastaut syndrome) 등과 같은 뇌전증성 뇌병증(epileptic encephalopathy)은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
3급4호	- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling attack을 초래하는 경우)는 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
3급5호	- 부분발작은 1개월에 10회 이상의 발작이 있는 사람
4급1호	- 전신발작은 1개월에 1~3회의 발작이 있는 사람
4급2호	- 신체의 손상을 초래할 수 있는 경우로 넘어지면서 머리가 먼저 바닥에 떨어지는 발작(head drop, falling attack)은 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
4급3호	- 영아연축(Infantile spasm), 레녹스-가스토 증후군 (Lennox-Gastaut syndrome) 등과 같은 뇌전증성 뇌병증(epileptic encephalopathy)은 6개월에 1~5회의 발작이 있는 사람
4급4호	- 근간대성발작(myoclonic seizure)이 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling attack을 초래하는 경우)는 6개월에 1~5회의 발작이 있는

장해등급	장해정도
	사람
4급5호	- 부분발작은 1개월에 1~9회의 발작이 있는 사람

주1) 결신발작(absence seizure)은 장해등급 판정에서 제외한다.

2) 근간대성발작(myoclonic seizure)이 경증(mild)인 경우는 장해판정에서 제외하고, 중증(severe)으로 자주 넘어져 다칠 수 있는 경우(falling attack을 초래할 경우)만 포함된다.

3) 한 사람에게 여러가지 발작형태가 함께 있는 경우(mixed seizures)에 부분, 전신, 영아연축, 레녹스-가스토 증후군 등과 같은 뇌전증성 뇌병증, 근간대성뇌전증발작 중에서 가장 심한 발작 하나를 택하여 장해 판정을 한다.

13. 지적장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

의료기관의 정신건강의학과·신경과 또는 재활의학과 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 6개월 이상의 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다.) 다만, 장해 상태가 고착되었음이 전문적 진단에 의해 인정되는 경우 이전 의료기록 등을 확인하지 않을 수 있다. 이 경우 이에 대한 의견을 구체적으로 장해진단서에 명시하여야 한다.

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 장해의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때에 진단하며, 그 기준시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 후 또는 수술 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후로 한다. 다만, 만 2세 이상에서 선천적 지적장해 등 장해의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다.

(2) 발달단계에 있는 소아청소년은 만 6세 미만에서 장해판정을 받은 경우 만 6세 이상～만 12세 미만에서 재판정을 실시하여야 한다.

- 만 6세 이상~만 12세 미만 기간에 최초 장해판정 또는 재판정을 받은 경우 향후 장해상태의 변화가 예상되는 경우에는 만 12세 이상～만 18세 미만 사이에 재판정을 받아야 한다.

(3) 수술 또는 치료 등 의료적 조치로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해판정을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건 또는 피보험자

의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 하되, 필요한 시기를 지정하여 재판정을 받도록 하여야 한다.

(4) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초의 진단일로부터 2년 이상 경과한 후로 한다. 2년 이내에 장해상태의 변화가 예상될 때에는 장해의 진단을 유보하여야 한다.

(5) 재판정이 필요한 경우에 장해진단을 하는 전문의는 장해진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

라. 지적장해 판정 절차

(1) 지적장해는 웩슬러 지능검사 등 개인용 지능검사를 실시하여 얻은 지능지수(IQ)에 따라 판정하며, 사회성숙도 검사를 참조한다. 지능지수는 언어성 지능지수와 동작성 지능지수를 종합한 전체 검사 지능지수를 말하며, 전체 지능지수가 연령별 최저득점으로 1급 또는 2급에 해당하는 지의 판별이 어려운 경우에는 GAS 및 비언어적 지능검사도구(시각-운동통합발달검사: VMI, 벤더게슈탈트검사: BGT)를 추가 시행하고, 검사내용, 검사결과에 대한 상세한 소견을 제출한다.

(2) 만 2세 이상부터 장해판정을 하며, 유아가 너무 어려서 상기의 표준화된 검사가 불가능할 경우 바인랜드(Vineland) 사회성숙도검사, 바인랜드 적응행동검사, 또는 발달검사를 시행하여 산출된 적응지수나 발달지수를 지능지수와 동일하게 취급하여 판정한다.

(3) 뇌 손상, 뇌 질환 등 여러 가지 원인에 의하여 성인이 된 후 지능저하가 온 경우에도 상기 기준에 근거하여 지적장해에 준한 판정을 할 수 있다. 단, 노인성 치매는 제외한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급	- 지능지수가 35 미만인 사람으로 일상생활과 사회생활의 적응이 현저하게 곤란하여 일생동안 타인의 보호가 필요한 사람
2급	- 지능지수가 35 이상 50 미만인 사람으로 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술을 요하지 아니하는 직업을 가질 수 있는 사람
3급	- 지능지수가 50 이상 70 이하인 사람으로 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

14. 자폐성장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

의료기관의 정신건강의학과(소아정신건강의학과) 전문의

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대한 충분한 치료 후에도 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다.)

다. 장해진단 및 재판정 시기

(1) 전반성발달장해(자폐증)가 확실해진 시점(최소 만 2세 이상)에서 장해를 진단한다.

(2) 수술 또는 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단하는 경우에는 장해진단을 처치 후로 유보하여야 한다. 다만, 1년 이내에 국내 여건 또는 피보험자의 건강상태 등으로 인하여 수술 등을 하지 못하는 경우는 예외로 하되 필요한 시기를 지정하여 재판정을 받도록 하여야 한다.

(3) 소아청소년은 만 6세 미만에서 장해판정을 받은 경우 만 6세 이상~만 12세 미만에서 재판정을 실시하여야 한다.

- 만 6세 이상~만 12세 미만 기간에 최초 장해판정 또는 재판정을 받은 경우 향후 장해상태의 변화가 예상되는 경우에는 만 12세 이상~만 18세 미만 사이에 재판정을 받아야 한다.

(4) 향후 장해정도의 변화가 예상되는 경우에는 반드시 재판정을 받도록 하여야 한다. 이 경우 재판정의 시기는 최초의 진단일로부터 2년 이상 경과한 후로 한다. 2년 이내에 장해상태의 변화가 예상될 때에는 장해의 진단을 유보하여야 한다.

(5) 재판정이 필요한 경우에 장해진단을 하는 전문의는 장해진단서에 그 시기와 필요성을 구체적으로 명시하여야 한다.

라. 자폐성장해 진단 절차

자폐성장해의 장해등급 판정은 (1) 자폐성장해의 진단명에 대한 확인, (2) 자폐성장해의 상태(impairment) 확인, (3) 자폐성장해로 인한 정신적 능력장해(disability) 상태의 확인, (4) 자폐성장해 등급의 종합적인 진단의 순서를 따라 이루어진다.

(1) 자폐성장해의 진단명에 대한 확인

① 우리 나라에서 공식적인 자폐성장해의 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단지침에 따른다.

② ICD-10의 진단명이 F84 전반성발달장해(자폐증)인 경우에 자폐성장해 등급판정을 한다.

(2) 자폐성장해의 상태(impairment) 확인

진단된 자폐성장해의 상태가 자폐성장해 등급판정기준에 따라 어느 등급에 적절한지를 임상적 진단평가과정을 통하여 판단한 뒤 등급을 정하며, 자폐증상의 심각도는 전문의의 판단에 따른다. 또한 K-CARS 또는 여러 자폐성 척도를 이용하여 판단할 수 있다. 이 경우 사용한 척도와 그 점수 및 판단 소견을 기술한다.

(3) 자폐성장해로 인한 정신적 능력장해(disability) 상태의 확인

자폐성장해에 대한 임상적 진단평가와 보호자 및 주위사람의 정보와 일상환경에서의 적응상태 등을 감안하여 등급판정을 내린다.

(4) 자폐성장해 등급의 종합적인 진단

자폐성장해의 상태와 GAS 평가를 종합하여 최종 장해등급 진단을 내린다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급	- ICD-10의 진단기준에 의한 전반성발달장해(자폐증)로 정신발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장해로 인하여 GAS척도 점수가 20이하인 사람
2급	- IDC-10의 진단기준에 의한 전반성발달장해(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력장해로 GAS척도 점수가 21~40인 사람
3급	- 2급과 동일한 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71일상이며, 기능 및 능력장해로 인하여 GAS척도 점수가 41~50인 사람

15. 정신장해 판정기준

가. 장해진단기관 및 전문의

(1) 장해진단 직전 1년 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의

- 지속적으로 진료받았다 함은 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

(2) (1)에 해당하는 전문의가 없는 경우 장해진단 직전 3개월 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의가 진단할 수 있으나 장해진단 직전 1년 이상의 정신건강의학과 진료기록 등을 확인하여야 한다.

나. 진료기록 등의 확인

장해진단을 하는 전문의는 장해판정 직전 1년 이상 지속적으로 치료를 받은 환자로서 진단시에도 적절한 치료중임에도 불구하고 장해가 고착되었음을 진단서, 소견서, 진료

기록 등으로 확인하여야 한다. (필요시 환자에게 타병원 진료기록 등을 제출하게 한다.)

다. 장해판정 및 재판정 시기

(1) 1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착되었을 때에 장해를 판정한다.

(2) 최초 판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 하며, 재판정 시에 장해상태의 현저한 변화가 예측되는 경우에는 다시 재판정일로부터 2년 이후의 일정한 시기를 정하여 재판정을 하여야 한다. 다만, 재판정 당시 장해의 중증도나 연령 등을 고려할 때에 장해상태가 거의 변화하지 않을 것으로 예측되는 경우에는 재판정을 제외할 수 있다.

라. 정신장해 판정 절차

정신장해의 장해등급 판정은 (1) 현재 치료중인 상태를 확인, (2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인, (3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인, (4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장해(disability) 상태의 확인, (5) 정신장해 등급의 종합적인 판정의 순서를 따라 한다.

(1) 현재 치료중인 상태를 확인

현재 약물복용 등 치료중인 상태에서 정신장해 판정을 하여야 한다.

(2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인

우리 나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 진단지침에 따라 ICD-10의 F20 정신분열병, F25 분열형정동장해, F31 양극성 정동장해 및 F33 반복성 우울장해로 진단된 경우에 한하여 정신장해 판정을 하여야 한다.

(3) 정신질환의 상태(impairment)의 확인

정신질환의 상태에 대한 확인은 진단된 정신질환의 상태가 정신장해 등급판정기준에 따라 어느 등급에 적절한 지를 임상적 진단평가과정을 통하여 판단한 뒤 등급을 정한다.

(4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장해(disability) 상태의 확인

① 개 요

- 정신질환으로 인한 능력장해에 대한 확인은 정신장해자에 대한 임상적 진단평가와 보호자 및 주위 사람으로부터의 정보, 정신보건의료 서비스를 제공하고 있는 치료자의 의견, 학업이나 직업활동상황 등 일상환경에서의 적응상태 등을 감안하여 등급판정을 내린다.
- '능력장해의 상태'는 정신질환에 의한 일상생활 혹은 사회생활의 지장의 정

도 및 주위의 도움(간호, 지도) 정도에 대해 판단하는 것으로서 장해의 정도를 판단하기 위한 지표로서 이용된다.

<능력장해 측정 기준>

1) 적절한 음식섭취
   - 영양의 균형을 생각하고, 스스로 준비해서 먹는 음식섭취의 판단 등에 관한 능력장해의 유무를 판단한다.

2) 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지
   - 세면, 세족, 배설후의 위생, 목욕 등 신체위생의 유지, 청소 등의 청결의 유지에 관한 판단 등에 관한 능력장해의 유무를 판단한다. 이들에 대해, 의지의 발동성이라는 관점으로부터, 자발적으로 적절하게 행하는 것이 가능한지 여부, 도움이 필요한지 여부를 판단한다.

3) 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계
   - 타인의 말을 알아듣고, 자신의 의사를 상대에게 전하는 의사소통의 능력, 타인과 적절하게 사귀는 능력에 주목한다.

4) 규칙적인 통원·약물 복용
   - 자발적·규칙적으로 통원 및 복약을 하고, 병상이나 부작용 등에 관하여 주치의에게 잘 이야기하는 것이 가능한가, 도움이 필요한가 여부를 판단한다.

5) 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위
   - 금전을 독립적으로 적절하게 관리하고, 자발적으로 적절하게 물건을 사는 것이 가능한가, 도움이 필요한가 여부를 판단한다(금전의 인지, 물건사기의 의욕, 물건 사기에 동반되는 대인관계 처리능력에 주목한다).

6) 대중교통이나 일반공공시설의 이용
   - 각종의 신청 등 사회적 수속을 행하거나, 은행이나 보건소 등의 공공시설을 적절하게 이용하는 것이 가능한지 여부를 판단한다.

(5) 정신장해 등급의 종합적인 판정

① 정신질환의 상태와 능력장해의 상태에 대한 판정을 종합하여 최종 장해등급 판정을 내린다. 다만, 정신질환의 상태와 능력장해의 상태에 따른 등급에 차이가 있을 경우 능력장해의 상태를 우선적으로 고려한다.

② 정신질환의 상태 및 능력장해의 상태가 시간에 따라 기복이 있거나, 투약 등 치료를 통하여 상태의 변화가 있는 경우에는 최근 3개월간의 증상이 가장 심하였을 경우와 가장 호전되었을 경우의 평균적 상태를 기준으로 등급을 판정한다.

<장해등급기준>

장해등급	장해정도
1급1호	- 정신분열병으로서 망상, 환청, 사고장해, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람(정신병을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다)
1급2호	- 양극성 정동장해(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장해 증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람
1급3호	- 반복성 우울장해로 정신병적 증상이 동반되고, 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람
1급4호	- 분열형정동장해로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
2급1호	- 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장해, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위측 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람
2급2호	- 양극석 정동장해(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장해 증상이 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람
2급3호	- 만성적인 반복성 우울장해로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장해로 인하여 장해등급별 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람
2급4호	- 만성적인 분열형 정동장해로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
3급1호	- 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장해, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화나 퇴행은 심하지 아니한 경우로서, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람
3급2호	- 양극성 정동장해(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장해 증상이 현저하지

장해등급	장해정도
	는 아니하지만 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람
3급3호	- 반복성 우울장해로 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상기가 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장해로 인하여 능력장해 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람
3급4호	- 분열형정동장해로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람

【별표-질병관련1.1】

장해유형별 장해판정시기

장해유형	장해판정시기
지체, 시각, 청각, 언어, 지적, 안면장해	장해의 원인 질환 등에 관하여 충분히 치료하여 장해가 고착되었을 때 판정하며, 그 기준 시기는 원인 질환 또는 부상 등의 발생 후 또는 수술 후 6개월이상 지속적으로 치료한 후 장해진단(지적장해는 만2세 이상에서 진단) (지체절단, 척추고정술, 안구적출, 청력기관의 결손, 후두전적출술, 선천적 지적장해 등 장해상태의 고착이 명백한 경우는 예외로 한다)
뇌병변 장해	1. 뇌성마비, 뇌졸중, 뇌손상 등과 기타 뇌병변(파킨슨병 제외)이 있는 경우는 발병 또는 외상 후 6개월 이상 지속적으로 치료한 후에 장해진단을 하여야 한다. 2. 파킨슨병은 1년 이상의 성실하고 지속적인 치료 후에 장해 진단을 하여야 한다.
정신 장해	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착된 시점
자폐성 장해	전반성발달장해(자폐증)가 확실해진 시점(최소 만 2세 이상)
신장 장해	3개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는 사람 또는 신장을 이식받은 사람에 대하여 장해진단
심장 장해	1년 이상의 성실하고, 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착되었거나 심장을 이식받은 사람에 대하여 장해진단
호흡기 장해 간 장해	현재의 상태와 관련한 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 지속적인 치료 후에 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착되었거나 폐 또는 간을 이식받은 사람에 대하여 장해진단
장루·요루 장해	복원수술이 불가능한 장루 (복회음절제술후 에스결장루, 전대장직장절제술후 시행한 말단형 회장루등)·요루(요관피부루, 회장도관 등) 의 경우에는 장루(요루)조성술 이후 진단이 가능하며, 그 외 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우에는 장루(요루) 조성술 후 1년이 지난 시점에 진단
뇌전증 장해	1. 성인의 경우 현재의 상태와 관련하여 최초 진단 이후 2년 이상의 지속적이고 적극적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착된 시점에 진단 2. 소아청소년의 경우 뇌전증 증상에 따라 최초 진단 이후 규정기간(1년 내지 2년) 이상의 지속적인 치료를 받음에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없을 정도로 장해가 고착된 시점에 진단

【별표-질병관련1.2】

중복장해 합산시 장해등급 상향조정표

	1급	2급	3급	4급	5급	6급
1급	1급	1급	1급	1급	1급	1급
2급	1급	1급	1급	1급	2급	2급
3급	1급	1급	2급	2급	3급	3급
4급	1급	1급	2급	3급	3급	4급
5급	1급	2급	3급	3급	4급	4급
6급	1급	2급	3급	4급	4급	5급

주) 중복장해 합산의 예외

다음의 경우는 각각을 개별적인 장해로 판단하지 않는다.

(1) 동일부위의 지체장해와 뇌병변장해

※ 뇌병변장해(포괄적 평가)와 지체장해(개별적 평가)가 중복된 경우에는 뇌병변장해 판정기준에 따라 장해 정도를 판정한다. 다만, 지체장해가 상위등급이고 뇌병변장해가 경미한 경우는 지체장해로 판정할 수 있다.

(2) 지적장해와 자폐성장해

(3) 지적장해, 자폐성장해, 정신장해와 그에 따른 증상의 일환으로 나타나는 언어장해

(4) 장해부위가 동일한 경우

- 눈과 귀는 좌·우 두 개이나 하나의 기능을 이루는 대칭성 기관의 특징이 있으므로 동일부위로 본다.
- 팔과 다리는 좌·우 각각 별개의 부위로 보나 같은 팔의 상지 3대관절과 손가락관절 및 같은 다리의 하지 3대관절과 발가락 관절은 동일부위로 본다.

【별표-질병관련1.3】

장해유형별 장해진단 전문기관 및 전문의

장해 유형	장해진단기관 및 전문의 등
지체 장해	1. 절단장해: X-선 촬영시설이 있는 의료기관의 의사 2. 기타 지체장해: X-선 촬영시설 등 검사장비가 있는 의료기관의 재활의학과·정형외과·신경외과·신경과 또는 내과(류마티스분과) 전문의
뇌병변 장해	의료기관의 재활의학과·신경외과 또는 신경과 전문의
시각 장해	시력 또는 시야결손정도의 측정이 가능한 의료기관의 안과 전문의
청각 장해	청력검사실과 청력검사기(오디오미터)가 있는 의료기관의 이비인후과 전문의
언어 장해	1. 의료기관의 재활의학과 전문의 또는 언어재활사가 배치되어 있는 의료기관의 이비인후과·정신건강의학과 또는 신경과 전문의 2. 음성장해는 언어재활사가 없는 의료기관의 이비인후과 전문의 포함 3. 의료기관의 치과(구강악안면외과)·치과 전속지도 전문의(구강 악안면외과)
안면 장해	1. 의료기관의 성형외과·피부과 또는 외과(화상의 경우) 전문의 2. 의료기관의 치과(구강악안면외과)·치과 전속지도 전문의(구강 악안면외과)
신장 장해	1. 투석에 대한 장해판정은 장해진단 직전 3개월 이상 투석치료를 하고 있는 의료 기관의 의사 2. 1호에 해당하는 의사가 없을 경우 장해진단 직전 1개월 이상 지속적으로 투석치료를 하고 있는 의료기관의 의사가 진단할 수 있으나 3개월 이상의 투석기록을 확인하여야 한다. 3. 신장이식의 장해판정은 신장이식을 시술하였거나 이식환자를 진료하는 의료기관의 외과 또는 내과전문의
심장 장해	1. 장해진단 직전 1년 이상 진료한 의료기관의 내과(순환기분과) ·소아청소년과 또는 흉부외과 전문의 2. 1호에 해당하는 전문의가 없는 경우 의료기관의 내과(순환기분과) 전문의가 판정할 수 있으나 장해진단 직전 1년 이상 내과(순환기분과)·소아청소년과 또는 흉부외과의 지속적인 진료기록 등을 확인하고 장해진단을 하여야 한다.
간장해	장해진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(소화기분과)·외과 또는 소아청소년과 전문의
호흡기 장해	장해진단 직전 2개월 이상 진료한 의료기관의 내과(호흡기분과, 알레르기분과)·흉부 외과·소아청소년과·결핵과 또는 산업의학과 전문의

장해 유형	장해진단기관 및 전문의 등
장루·요루 장해	의료기관의 외과·산부인과·비뇨기과 또는 내과 전문의
뇌전증 장해	장해진단 직전 6개월 이상 진료한 의료기관의 신경과·신경외과·정신건강의학과 또는 소아 청소년과(소아청소년의 경우) 전문의
지적 장해	의료기관의 정신의학과·신경과 또는 재활의학과 전문의
자폐성 장해	의료기관의 정신건강의학과(소아정신건강의학과) 전문의
정신 장해	1. 장해진단 직전 1년 이상 지속적으로 진료한 정신건강의학과 전문의(다만, 지속적으로 진료를 받았다 함은 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.) 2. 1호에 해당하는 전문의가 없는 경우 장해진단 직전 3개월 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의가 판정할 수 있으나, 장해진단 직전 1년 이상의 지속적인 정신건강의학과 진료기록을 진단서 또는 소견서 등으로 확인하고 장해진단을 하여야 한다.

【별표-질병관련2】

뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-질병관련3】

급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-질병관련4】

악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00～C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15～C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30～C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40～C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45～C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51～C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60～C63
10. 요로의 악성신생물	C64～C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69～C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73～C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76～C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81～C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

4. C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합

니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【별표-질병관련5】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-질병관련6】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

【별표-질병관련7】

만성당뇨합병증 분류표

약관에 규정하는 만성당뇨합병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 1형 당뇨병	
신장합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.2
눈합병증을 동반한 1형 당뇨병	E10.3
신경학적 합병증을 1형 동반한 당뇨병	E10.4
말초순환계 합병증을 1형 동반한 당뇨병	E10.5
2. 2형 당뇨병	
신장합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.2
눈합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.3
신경학적 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.4
말초순환계 합병증을 동반한 2형 당뇨병	E11.5
3. 영양실조-관련 당뇨병	
신장합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.2
눈합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.3
신경학적 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.4
말초순환계 합병증을 동반한 영양실조-관련 당뇨병	E12.5
4. 기타 명시된 당뇨병	
신장합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.2
눈합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.3
신경학적 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.4
말초순환계 합병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병	E13.5
5. 상세불명의 당뇨병	
신장합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.2
눈합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.3
신경학적 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.4
말초순환계 합병증을 동반한 상세불명의 당뇨병	E14.5
6. 기타 당뇨병성 합병증	
당뇨병성 단일신경병증	G59.0
당뇨병성 다발신경병증	G63.2
당뇨병성 백내장	H28.0
당뇨병성 망막병증	H36.0
당뇨병에서의 사구체장애	N08.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기

준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

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

【별표-질병관련8】

고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장의 악성신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보

험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표-재물관련1】

【화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조】

- 2020.1.16 시행[법률 제16272호, 2019. 1. 15., 타법개정] -

제8조(보험금액)

① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 화재보험은 특수건물의 시가에 해당하는 금액

2. 신체손해 배상책임보험중 사망의 경우에는 피해자 1명당 50만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액

3. 신체손해 배상책임보험중 부상의 경우에는 피해자 1명당 사망자에 대한 보험금액의 범위안에서 대통령령으로 정하는 금액

② 제1항 제1호에 따른 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【동법시행령 제5조 및 제8조】

- 2012.2.5 개정 및 시행(대통령령 제 23570호) -

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호 및 제3호의 규정에 의한 보험금액은 다음과 같다.

1. 사망의 경우에는 8,000만원, 다만 실손해액이 2,000만원 미만인 경우에는 2,000만원으로 한다.

2. 부상의 경우에는【별표-재물관련1.1】(신체손해배상책임위험률의 부상급별 지급보험금표)에서 정하는 금액(최고 1,500만원) 다만, 지급보험금은 실손해액을 초과할 수 없다.

3. 부상의 경우 그 치료가 완료된 후 당해 부상이 원인이 되어 신체에 장해(이하「후유장해」라 한다)가 생긴 때에는【별표-재물관련1.2】(신체손해배상책임위험률의 후유장해급별 지급보험금표)에서 정하는 금액(최고 8,000만원)

② 제1항 제1호 및 제2호의 규정에 의한 실손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

③ 부상자가 치료중에 사망한 경우에는 제1항 제1호 및 제2호의 보험금을 함께 지급한다.

④ 부상한 자에게 후유장해가 생긴 경우에는 제1항 제2호 및 제3호의 금액을 함께 지급한다.

⑤ 제1항 제3호의 금액을 지급한 후 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1호의 금액에서 제1항 제3호의 규정에 의하여 지급한 금액을 공제하고 지급한다.

제8조(보험금액)

① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 이를 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 법 제9조의 규정에 의하여 보험금을 지급한 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 계약자에게 통지하여야 한다.

1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명

2. 청구액과 지급액

3. 피해자의 주소 및 성명

【동법 시행규칙 제2조】

- 2011.1.1 개정 및 시행(총리령 제 946호) -

제2조(실손해액)

①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제5조 제1항 제1호에 따른 실손해액은 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱하여 산출한 금액에 남자평균임금의 100일분에 해당하는 장례비를 더한 금액으로 한다.

② 영 제5조 제1항 제1호의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 신체상에 상해를 입은 경우에 그 상해를 치료함에 소요되는 모든 비용으로 한다.

【별표-재물관련1.1】

신체손해배상책임위험률의 부상급별 지급보험금표

급별	지 급 액	상 해 부 위
1급	1,500만원	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추제 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술이 불가피한 상태 4. 외상성 두개강내 출혈로 개두수술이 불가피한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상태 6. 고도의 뇌좌상으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태 지속) 7. 대퇴골간부의 분쇄성골절 8. 경골하 3분의 1부 분쇄골절 9. 3도화상등 연부조직손상이 체표의 약 9% 이상인 상해 10. 사지와 구간부에 연부조직손상이 심해 유경피부이식수술이 불가피한 상해 11. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2 급	800만원	1. 상박골간부분쇄형골절 2. 척추체의 설상압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 3. 두개골절로 신경학적 증상이 현저한 상해 4. 내부장기파열과 골반골절이 동반된 상해 5. 슬관절탈구 6. 족관절부골절과 골절성탈구가 동반된 상해 7. 척골간부골절과 요골골두탈구가 동반된 상해 8. 천장골간 관절탈구 9. 그 밖에 2급에 해당된다고 인정되는 상해
3 급	750만원	1. 상박골경부골절 2. 상박골과부골절과 주관절탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부골절이 동반된 골절상해 4. 수근주상골골절 5. 요골신경손상을 동반한 상박골간부골절 6. 대퇴골간부골절 7. 슬개골의 분쇄골절과 탈구로 인하여 슬개골 완전적출술이 적용되는 상해 8. 경골과부골절이 관절면을 침범하는 상해 9. 족근골척골간관절탈구와 골절이 동반된 상해 10. 전후십자인대나 내외측반월상연골파열과 경골극골절등이 복합된 슬내장 11. 복부내장파열로 수술이 불가피한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해

급별	지 급 액	상 해 부 위
4 급	700만원	1. 대퇴골과부골절 2. 경골간부골절 3. 거골경부골절 4. 슬개인대파열 5. 견갑관절부의 회선근개파열 6. 상박골외측상과 전위골절 7. 주관절부골절과 탈구가 동반된 상해 8. 3도 화상등 연부조직손상이 체표의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구파열로 적출술이 불가피한 상해 10. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5 급	500만원	1. 골반골의 중복골절(말가이그니씨 골절등) 2. 족관절부의 내외과골절이 동반된 상해 3. 족종골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 상박골간부골절 6. 요골원위부골절 7. 척골근위부골절 8. 다발성극골절로 혈흉 또는 기흉이 동반된 상해 9. 족배부근건파열창 10. 수장부근건파열창 11. 아킬레스건파열 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 23치이상의 치아보철을 요하는 상태 14. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6 급	400만원	1. 소아의 하지장관골간부골절 2. 대퇴골 대전자부절편골절 3. 대퇴골 소전자부절편골절 4. 다발성 중족골골절 5. 치골 · 좌골 · 장골의 단일골절 6. 단순슬개골골절 7. 요골간부골절 (원위부골절을 제외한다) 8. 척골간부골절 (근위부골절을 제외한다) 9. 척골주두골절 10. 다발성 중수골골절 11. 두개골골절로 신경학적 증상이 경한 상해 12. 외상성거미막하 출혈 13. 뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14. 늑골(갈비뼈) 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

급별	지 급 액	상 해 부 위
7 급	250만원	1. 소아의 상지장관골간부골절 2. 족관절 내과골 또는 외과골골절 3. 상박골상과 부굴곡골절 4. 고관절탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간관절탈구 7. 족관절탈구 8. 2도 화상등 연부조직손상이 체표의 약4.5퍼센트 이상인 상해 9. 16치이상 18치이하의 치아보철을 요하는 상해 10. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8 급	180만원	1. 상박골상과부신전골절 2. 쇄골골절 3. 주관절탈구 4. 견갑골골절 5. 주관절내상박골소두골절 6. 비골(다리)간부골절 7. 족지골의 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 다발성늑골골절 9. 뇌좌상으로 신경학적 증상이 경한 상해 10. 상악골골절 또는 하악골골절 11. 13치이상 15치이하의 치아보철을 요하는 상해 12. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9 급	140만원	1. 척추의 극상돌기 또는 횡돌기골절 2. 요골골두골골절 3. 완관절내 월상골전방탈구등 수근골탈구 4. 수지골의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 중수골골절 6. 수근골골절 (주상골을 제외한다) 7. 족근골골절 (거골, 중골을 제외한다) 8. 중족골골절 9. 족관절부염좌 10. 늑골골절 11. 척추제간 관절부염좌와 주위연부조직 (인대, 근육등) 손상이 동반된 상해 12. 완관절탈구 13. 11치이상 12치이하의 치아보철을 요하는 상해 14. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해

급별	지 급 액	상 해 부 위
10 급	120만원	1. 외상성슬관절내혈종 2. 중수골지골간관절탈구 3. 수근골중수골간관절탈구 4. 완관절부염좌 5. 제불완전골절(비골<코>골절 · 수지골골절 및 족지골골절을 제외한다) 6. 9치이상 10치이하의 치아보철을 요하는 상해 7. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11 급	100만원	1. 족지골관절탈구 및 염좌 2. 수지관절탈구 및 염좌 3. 비골(코)골절 4. 수지골골절 5. 족지골골절 6. 뇌진탕 7. 고막파열 8. 6치이상 8치이하의 치아보철을 요하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12 급	60만원	1. 8일 내지 14일간의 입원을 요하는 상해 2. 15일 내지 26일간의 통원을 요하는 상해 3. 4치이상 5치이하의 치아보철을 요하는 상해
13 급	40만원	1. 4일 내지 7일간의 입원을 요하는 상해 2. 8일 내지 14일간의 통원을 요하는 상해 3. 2치이상 3치이하의 치아보철을 요하는 상해
14 급	20만원	1. 3일이하의 입원을 요하는 상해 2. 7일이하의 통원을 요하는 상해 3. 1치이하의 치아보철을 요하는 상해

※ 비 고

1. 2급 내지 11급까지의 상병명중 개방성골절은 해당 등급보다 한급 높게 보상한다.
2. 2급 내지 11급까지의 상병명중 단순성 선상골절로 골편의 전위가 없는 골절의 경우에는 해당등급보다 한급 낮게 보상한다.
3. 2급 내지 11급까지의 상병명중 2가지 이상의 상해가 중복된 때에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예: 2급이 주종일 때에는 5급까지 사이)사이의 상해가 중복된 때에 한하여 한급 높게 보상한다.
4. 일반외상과 치아보철을 요하는 상해가 중복되었을 때에는 1급의 금액을 초과하지 않는 범위안에서 각 상해급별에 해당하는 금액의 합산액을 배상한다.

【별표-재물관련1.2】

신체손해배상책임위험률의 후유장해급별 지급보험금표

등급	지급액	신 체 장 해
1 급	8,000만원	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 4. 흉복부장기에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 5. 반신마비가 된 사람 6. 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 7. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8. 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 9. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2 급	7,200만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 각각 0.02이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람 6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람
3 급	6,400만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4 급	5,600만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.06이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 전부의 결손이나 그외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람

등급	지급액	신 체 장 해
5 급	4,800만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람 4. 한 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
6 급	4,000만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 대부분의 결손이나 그외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 않고는 큰 말소리를 알아듣지 못하는 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 않게 되고, 다른 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 뚜렷한 기능이나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 2개 관절이 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 2개 관절이 못쓰게 된 사람 8. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
7 급	3,200만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3. 한 귀가 전혀 들리지 않게 되고, 다른 귀의 청력 이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 5. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 11. 두 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람

등급	지급액	신 체 장 해
8 급	2,400만원	1. 한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 척추에 운동장해가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 손의 엄지손가락이나 둘째 손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한 다리가 5센티미터이상 짧아진 사람 6. 한 팔의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람
9 급	1,800만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 3. 두 눈에 반맹증 · 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 않고는 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람

등급	지급액	신 체 장 해
10 급	1,500만원	1. 한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 3. 14치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 않고는 큰 말소리를 알아 듣지 못하는 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣는데 지장이 있는 사람 6. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 다리가 3센티미터이상 짧아진 사람 9. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 잃은 사람 10. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 11. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
11 급	1,200만원	1. 두 눈이 모두 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 남거나 또는 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 4. 한 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 기형이 남은 사람 6. 한 손의 가운데 손가락 또는 넷째손가락 을 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 흉복부장기의 기능에 장해가 남은 사람 10. 10치이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 11. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람

등급	지급액	신 체 장 해
12 급	1,000만원	1. 한 눈의 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 있거나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3. 7치이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 5. 쇄골 · 흉골 · 늑골 · 견갑골 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 완연한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 흉터가 남은 사람
13 급	800만원	1. 한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증 · 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5치이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락의 마디뼈의 일부를 잃은사람 7. 한 손의 둘째손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한 다리가 1센티미터이상 짧아진 사람 10. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람

등급	지급액	신 체 장 해
14 급	500만원	1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3치이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 국부에 신경증상이 남은 사람 10. 한 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

※ 비 고

1. 신체장해가 2이상 있을 경우에는 중한 신체장해에 해당하는 장해등급보다 한급 높이 배상한다.
2. 시력의 측정은 국제식 시력표에 의하며, 굴절이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
3. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1관절이상을 잃은 경우를 말한다.
4. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
5. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
6. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상, 기타의 발가락에 있어서는 끝관절이상을 잃은 경우 또는 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
7. 흉터가 남은 것이란 성형수술을 하였어도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
8. 항상 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등을 타인에게 의존하여야 하는 것을 말한다.
9. 수시로 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.
10. 항상보호 또는 수시보호의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실 기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 한다.
11. 제대로 못쓰게 된 것이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, 뚜렷한 장해가 남은 것이란 정상기능의 2분의 1 이상을 상실한 경우를 말하며, 장해가 남은 것이란 정상기능의 4분의 1이상을 상실한 경우를 말한다.

【별표-비용관련1】

교통사고 처리 특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호를 위반하거나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 규정을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기의 방법을 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)에 따른 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지), 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사 면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차 등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제3항에 따른 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우

11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

12. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하「계약」이라 합니다)의 계약을 체결할 때 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 신체관련 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

④ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주로 사용하게 된 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 '원동기장치자전거'를 포함합니다.

<용어해설>

개인형 이동장치(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행 보조용 의자차인 정돈휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)는 자동차관리법에 정한 '이륜자동차', 도로교통법에 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

③ 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙

포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

<유의사항>

회사는 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료납입)

① 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.

② 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관「계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 지정대리청구서비스 II 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약(이하「계약」이라 합니다)에 부가하여 이루어집니다.

② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하「지정대리청구인」이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험계약에서 지정대리청구인의 지정 기간을 별도로 제한한 경우, 계약자는 이 특별약관에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 지정할 수 있습니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

② 제1항에도 불구하고 보험계약에서 지정대리청구인의 지정 기간을 별도로 제한한 경우, 계약자는 이 특별약관에서도 그 기간에 한하여 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다.

제5조(보험금 지급 등의 절차)

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

제6조(보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

< 관련법규 >

[의료법 제3조(의료기관)]

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은

종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하「계약」이라 합니다)을 체결 또는 변경할 때 다음 각 호의 경우 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.

1. 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우
2. 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우

② 제 1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 또는 경험통계적으로 인과관계가 유의성있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 및 현재 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 또는 질병 등으로 제한하며, 이 특별약관을 부가할 때에는 회사는 부담보 설정범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

③ 제1항 제2호에도 불구하고 계약 전 알릴 의무를 위반하고 보험계약자가 보험계약의 변경에 대한 청약을 하지 않는 경우 회사는 보통약관「계약 전 알릴 의무 위반의 효과」조항에 따라 보험계약을 해지할 수 있습니다.

④ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보통약관 (보험금의 지급사유)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

⑤ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

⑥ 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호의 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호의 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일(책임개시일) 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 진단확정된 질병으로 【붙임3】(장해분류표)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되어 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 【붙임1】(특정신체부위 분류표) 중에서 회사가 지정한 부위(이하「특정신체부위」라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 【붙임2】(특정질병 분류표) 중에서 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다)

<용어풀이>

[장해지급률]

질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 「부담보 기간」이라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 「유사계약」이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단 · 치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

④ 제2항에서 부담보 기간을 「보험계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 계약 청약일부터 5년 이내에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 「보험계약의 보험기간 전체」로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

<유의사항>

최초 계약 청약일부터 5년이내 재진단 또는 치료를 받고 회사에 보험금을 청구하지 않은 경우도 재진단 또는 치료를 받은 것으로 간주합니다.

⑤ 제4항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우

2. 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 회사는 보험금을 지급하여 드리며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제

사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
⑦ 피보험자가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
⑧ 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
⑨ 제1항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

<유의사항>
회사는 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제3조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)))
회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

【붙임1】

특정신체부위 분류표

구분	특정 신체부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관,기관지,폐,흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강,치아,혀,악하선(턱밑샘),이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀[외이(바깥 귀),고막,중이(가운데귀),내이(속귀),청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀),결막,누기(눈물샘),안근 및 안와내조직 포함]
16	신장
17	부신
18	요관, 방광 및 요도
19	음경
20	질 및 외음부
21	전립선
22	유방(유선 포함)
23	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
24	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
25	난소 및 난관
26	고환[고환초막(고환집막) 포함],부고환,정관, 정삭 및 정낭
27	갑상선
28	부갑상선
29	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에한함)
30	피부(두피 및 입술 포함)
	경추부(해당신경 포함)
31	흉추부(해당신경 포함)
3233	요추부(해당신경 포함)
34	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
35	왼쪽 어깨
36	

구분	특정 신체부위
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽어깨 제외,오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽다리(왼쪽 고관절 제외,왼발 포함)
45	오른쪽다리(오른쪽 고관절 제외,오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상 · 하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【붙임2】

특정질병 분류표

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2012. 1. 1시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

구분	대상질병	분류번호	
51	담석증	K80	담석증
52	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 신장 급통증
53	관절증 및 류마티스 관절염	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성관절염
		M13	기타 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
54	척추질환	M47	척추증
		M48.0	척추협착
		M50	경추간판장애
		M51	기타 추간판장애
		M54	등통증
55	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
56	자궁내막증	N80	자궁내막증
57	자궁근종	D25	자궁의 평활근종
58	연골증	M91	고관절 및 골반의 연소성 골연골증
		M92	기타 연소성 골연골증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타 장애

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

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

5. 계약분리 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 보통약관의 공통사항에서 정한 가입대상자에 한하여 2명 이상의 피보험자가 가입되어 있는 유효한 계약을 제3조(계약분리 대상이 되는 사유)로 인하여 2개 이상의 계약으로 분리하는 경우에 적용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

1. 원계약 : 계약분리의 대상이 되는 계약으로 2명 이상의 피보험자가 가입되어 있는 유효한 계약
2. 자계약 : 원계약의 피보험자 본인 이외에 원계약에서 분리되어져 나가는 피보험자에게 새롭게 형성되는 계약
3. 모계약 : 원계약에서 자계약이 분리되고 난 이후 원계약의 계약자에게 잔존하는 계약

제3조(계약분리 대상이 되는 사유)

이 특별약관에 따라 계약분리를 적용할 수 있는 경우는 원계약의 계약자 또는 피보험자에게 아래에 정한 사항 중 하나 이상이 발생한 경우에 한합니다.

1. 이혼
2. 기타 계약관리상 필요하다고 회사가 인정하는 경우

제4조(계약분리 대상이 되는 보장)

① 이 특별약관에 따라 원계약에서 자계약으로 분리되는 보장은 보통약관 및 특별약관을 그 대상으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「자동차 관련 보통약관」, 특별약관 중 「자동차 관련 특별약관」 및 「보험료 충당 특별약관」은 대상에서 제외합니다. 다만,「보험료 충당 특별약관」은 계약분리 이후 자계약에서 계약변경을 통하여 추가가 가능합니다.

제5조(계약분리의 방법)

① 계약분리는 제3조(계약분리 대상이 되는 사유)에서 정한 사유가 발생한 후 계약자의 서면에 의한 신청이 있어야 하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어집니다.

② 회사는 제1항에도 불구하고 아래 각호의 조건을 모두 충족하는 경우에만 계약을 분리할 수 있습니다.

1. 아래 각목의 어느 하나를 충족하는 경우
   가. 원계약이 정상적인 계약유지의 상태에 있는 경우
   나. 원계약이 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않고 해지된 날부터 2년 이내인 경우
2. 원계약의 피보험자가 2명 이상일 것
3. 원계약에서 분리되는 자계약의 해당 피보험자에게 보험사고가 발생하지 않았거나, 보험사고 발생 후 보상처리가 종결된 상태일 것

4. 원계약에 대하여 가압류, 질권설정 등의 법률적인 이해관계가 존재하지 않을 것

5. 계약분리후의 모계약과 자계약의 계약내용이 회사가 사업방법서에서 정한 내용과 보통약관에서 정한 내용을 벗어나지 않을 것

③ 계약분리는 원계약에서 분리대상 피보험자에게 해당하는 제4조(계약분리 대상이 되는 보장)과 그에 상응하는 보장부분 책임준비금을 하나 이상의 자계약으로 분리하고, 그 이외의 잔여부분을 모계약에 잔존시킴으로써 이루어집니다.

④ 계약분리후 모계약과 자계약 각각의 계약기간은 보통약관 제1장 보통약관의 공통사항 제1조(총칙)을 적용하여 변경합니다. 단, 모계약과 자계약의 피보험자별 보장계약의 보험기간은 변경되지 않습니다.

⑤ 회사가 계약분리를 승낙하는 경우 자계약에는 반드시 새로운 계약자를 지정하여야 합니다. 회사는 제5조(계약분리의 방법) 제2항 제1호 가목의 경우 계약분리신청서 부본 및 약관과 함께 새로운 보험증권을 발급하여 드리며, 제5조(계약분리의 방법) 제2항 제1호 나목의 경우 계약분리신청서 부본을 발급하여 드립니다. 또한 계약분리에 따른 변경 사항 및 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제6조(계약분리 후의 효력)

① 계약분리후 모계약과 자계약의 피보험자별 보험기간 및 보장내용은 원계약에서의 가입조건과 동일한 효력을 가집니다.

② 계약분리후 모계약과 자계약의 피보험자에 대하여 계약 전 알릴 의무와 관련하여 청약서에 기재된 내용은 계약분리후에도 계속 유효하게 적용됩니다.

③ 계약분리후에는 모계약 및 자계약의 납입기일을 각각 적용하며, 각각의 계약에 해당하는 보험료를 계속 납입하여야만 계약이 계속 유지됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.