무배당

알리안츠글로벌어린이변액유니버셜보험 약관

무배당 알리안츠글로벌어린이변액유니버셜보험

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
제2조【청약의 철회】
제3조【보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격】
제4조【용어의 정의】
제5조【약관교부 및 설명의무 등】
제6조【계약의 무효】
제7조【계약내용의 변경】
제8조【계약자의 임의해지】
제9조【계약의 소멸】
제10조【보험 나이】

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제11조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】
제12조【제2회 이후 보험료의 납입】
제13조【납입보험료의 처리】
제14조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】
제15조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제16조【 “암” 및 “기타피부암” 의 정의 및 진단확정】
제17조【 “상피내암” 의 정의 및 진단확정】
제18조【 “경계성종양” 의 정의 및 진단확정】
제19조【 “중대한 화상 및 부식” 의 정의 및 진단확정】
제20조【 “5대장기이식수술” 의 정의】
제21조【 “조혈모세포이식” 의 정의】
제22조【보험금의 종류 및 지급사유】
제23조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
제25조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
제26조【공시이율의 적용 및 공시】
제27조【해약환급금】

제28조【배당금의 지급】
제29조【소멸시효】

제4관 특별계정에 관한 사항

제30조【계약자적립금의 계산】
제31조【펀드의 운용 및 평가】
제32조【펀드의 유형 및 운용】
제33조【계약자의 펀드 선택 및 변경】
제34조【계약자의 펀드자동재배분 선택】
제35조【자산의 평가방법 및 운용】
제36조【특별계정 좌수 및 기준가격】
제37조【특별계정의 폐지】

제5관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제38조【계약전 알릴 의무】
제39조【계약전 알릴 의무 위반의 효과】
제40조【계약 취소권의 행사제한】

제6관 보험금 지급 등의 절차

제41조【주소변경 통지】
제42조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
제43조【대표자의 지정】
제44조【보험금 지급사유의 발생통지】
제45조【보험금 등 청구시 구비서류】
제46조【보험금 등의 지급】
제47조【보험금 받는 방법의 변경】
제48조【계약내용의 교환】
제49조【계약자적립금의 인출】
제50조【보험계약대출】

제7관 보험대상자(피보험자) 교체에 관한 사항

제51조【보험대상자(피보험자) 교체 대상 계약】
제52조【보험대상자(피보험자)의 교체 신청 및 취소】
제53조【보험대상자(피보험자) 교체】

제54조【보험대상자(피보험자)의 교체의 적용】
제55조【보험대상자(피보험자)의 교체 후의 보험가입금액 및 기본보험료의 범위】
제56조【보험대상자(피보험자)의 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유】
제57조【보험대상자(피보험자)의 교체 등에 관한 통보】

제8관 분쟁조정 등

제58조【분쟁의 조정】
제59조【관할법원】
제60조【약관의 해석】
제61조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
제62조【보험계약의 변동사항 통지】
제63조【결산사항의 통지】
제64조【회사의 손해배상책임】
제65조【준거법】
제66조【예금보험에 의한 지급보장】

무배당 알리안츠글로벌어린이변액유니버셜보험

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 "보험계약"은 "계약", “보험계약자"는 "계약자", "보험회사"는 "회사"라 합니다.)

② 회사는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 "무진단 계약"이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약” 이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율"이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의한 계약자의 청약철회 신청을 접수한 경우에는 지체 없이 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다.)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 단, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제3조【보험대상자(피보험자)의 범위 및 자격】

① 이 보험의 보험대상자(피보험자)는 보험대상자(주피보험자)와 보험대상자(종피보험자)로 합니다. [이하 보험대상자(주피보험자)와 보험대

상자(종피보험자)를 합하여 “보험대상자(피보험자)”라 합니다.]
② 제1항의 보험대상자(주피보험자)는 보험가입증서(보험증권)상에 보험대상자(주피보험자)로 등록된 자이며, 보험대상자(종피보험자)는 보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 자녀 또는 직계비속 중 1인으로 계약 체결시 계약자가 선택한 1인으로 합니다.

제4조【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. 변액보험
   회사에서 계약자가 납입한 보험료의 일부로 자금을 조성하여 특별계정으로 운영하고, 그 특별계정의 운용실적에 따라 계약자에게 투자이익을 배분함으로써 보험기간 중에 보험금액, 계약자적립금 등이 변동하는 보험을 말합니다.
2. 일반계정
   보험업법 제108조(특별계정의 설립운용) 제1항 각호에서 규정하고 있는 계약을 제외한 계약에서 계약자가 납입한 보험료를 회계처리하기 위한 계정을 말하며, 회사는 제3호의 특별계정과 구분하여 재산을 관리하고 회계처리 합니다.
3. 특별계정
   보험업법 제108조(특별계정의 설립운용) 제1항에서 규정한 바와 같이 준비금에 상당하는 재산의 전부 또는 일부를 기타 재산과 구별하여 이용하기 위한 계정을 말합니다.
4. 펀드
   계약자가 선택한 특별계정 자산을 말합니다.
5. 기본보험료
   계약자가 보험계약 체결시 매월 계속 납입하기로 한 월납 보험료를 말합니다. 단, 제7조(계약내용의 변경)에 따라 기본보험료를 감액한 경우에는 변경된 기본보험료를 말합니다.
6. 추가납입보험료
   기본보험료 외에 이 보험의 사업방법서에서 정하는 한도 내에서 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말합니다.
7. 계약자적립금
   특별계정의 운용실적에 따라 개별 계약자별로 배분된 금액 등을 말하며 특별계정의 평가 등에 의하여 매일 변동할 수 있습니다. 단, 보험계약대출이 있는 경우 제50조(보험계약대출) 제4항에서 정한 바에 따라 보험계약대출금액의 부리 적립액(이하 “보험계약대출적립금”이라 합니다)을 포함합니다.
   “특별계정계약자적립금”은 계약자적립금에서 보험계약대출적립금을 차감한 금액을 말합니다.

8. 월계약해당일

보험계약일부터 한달씩 경과되는 매월의 계약해당일을 말합니다. 단, 해당월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

9. 월대체보험료

㉮ 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는 해당 월의 위험보험료, 부가보험료 및 특약보험료의 합계액을 말하며, 매월 납입한 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)에서 공제합니다. 단, 해당월 계약해당일 이전에 기본보험료를 납입시에는 해당월 계약해당일에 공제합니다.

㉯ 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에는 해당 월의 위험보험료, 부가보험료(수금비 제외) 및 특약보험료(수금비 제외)의 합계액을 말하며, 매월 계약해당일에 해약환급금(단, 보험계약대출적립금과 특약의 해약환급금은 제외한 금액)에서 공제합니다. 단, 수금비는 보험료 납입시에 공제합니다.

㉰ 자녀교육자금 지급사유 발생 후에는 매년 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일에 위험보험료를 공제합니다.

10. 이미 납입한 보험료

계약자가 회사에 납입한 기본보험료와 추가납입보험료의 합계를 말하며, 특별계정계약자적립금에서 부가된 특약의 보험료(수금비 제외)를 공제한 경우 그 공제된 특약보험료(수금비 제외)를 차감한 금액을 말합니다. 단, 계약자가 기본보험료를 감액하거나 계약자적립금을 중도에 인출한 경우 제11호 및 제23조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정하는 이미 납입한 보험료는 제7조(계약내용의 변경) 제3항 및 제49조(계약자적립금의 인출) 제5항에 따라 계산된 보험료와 감액 또는 중도인출 이후 납입된 보험료의 합계를 말합니다.

11. 최저사망보험금

제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)의 “사망보험금” 또는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 “자녀독립자금 및 자녀교육자금” 지급사유 발생당시의 “보험가입금액에 계약자적립금을 합산한 금액”이 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)보다 적은 경우에는 특별계정 운용실적과 관계없이 보장하는 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)를 말합니다.

12. 특별계정 운용보수

특별계정에 속한 재산의 자산운용·관리 등에 소요되는 보수를 말하며, “특별계정 수탁보수”라 함은 특별계정에 속한 재산의 보

관·기준가격산정업무 등에 소요되는 보수를 말합니다.

13. 매년 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일
    최초 자녀교육자금 지급사유 발생일부터 1년씩 경과되는 매년의 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일을 말합니다. 단, 해당년도의 자녀의 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일로 합니다.
14. 자녀교육자금 지급기간
    최초 자녀교육자금 지급사유 발생일부터 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 이후 최초로 도래하는 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일 전일까지를 말합니다. [이하 "자녀교육자금 지급기간" 이라 합니다.]

제5조【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서 부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서 부본을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제6조【계약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우

2. 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

② 제7관[보험대상자(피보험자) 교체에 관한 사항]에 의하여 보험대상자(피보험자)를 교체한 계약이 제1항 제1호 및 제2호에 해당할 경우 보험대상자(피보험자)의 교체를 무효로 하고, 그날부터 교체되지 않은 계약으로 하여 교체전 계약내용을 적용합니다.

제7조【계약내용의 변경】

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 기본보험료
2. 보험가입금액
3. 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 보험대상자(피보험자)
5. 기타 계약의 내용

② 계약자는 제1항 제1호의 기본보험료 및 제2호의 보험가입금액의 감액을 계약일로부터 2년이 경과한 이후부터 할 수 있습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제1호에 의하여 기본보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 비율만큼 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 제2항에 따라 기본보험료를 감액할 경우 제4조(용어의 정의) 제10호, 제23조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정하는 이미 납입한 보험료는 다음과 같이 계산합니다.

$$\text{감액 직후 이미 납입한 보험료} = \text{감액 직전 이미 납입한 보험료} \times \frac{\text{감액 직후 계약자적립금}}{\text{감액 직전 계약자적립금}}$$

(주) "감액 직전 이미 납입한 보험료"는 해당 감액 전 제49조(계약자적립금의 인출)에 따른 인출 및 감액이 발생한 경우 제49조(계약자적립금의 인출) 제5항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

⑤ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보지 않습니다.

⑥ 제4항에 의하여 계약자가 보험가입금액을 감액하였을 때에는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 변경된 보험가입금액의 기본보험료 한도를 충족하는 기본보험료를 납입하여야 합니다.

⑦ 제1항 제1호 및 제2항에 의하여 변경되는 기본보험료는 승낙일 이후 납입되는 기본보험료부터 적용하며, 기본보험료의 변경에 따라

변경되는 월대체보험료는 승낙일 이후 도래하는 월계약해당일부터 적용합니다.
⑧ 제1항 제2호 및 제4항에 의하여 변경되는 보험가입금액 및 보험가입금액의 변경에 따라 변경되는 월대체보험료는 승낙일 이후 도래하는 월계약해당일부터 적용합니다.
⑨ 계약자가 제1항 제3호에 의하여 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.
⑩ 제1항 제4호의 경우 보험대상자(피보험자)의 교체에 관한 사항은 제7관[보험대상자(피보험자) 교체에 관한 사항]에서 정한 바에 따릅니다.

제8조【계약자의 임의해지】
계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조【계약의 소멸】
① 보험기간 중 보험대상자(주피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 제1항에도 불구하고 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일전에 보험대상자(주피보험자)가 제1항에 해당하는 경우에는 자녀교육자금 지급기간이 종료되는 시점부터 이 계약은 효력을 가지지 아니합니다.

제10조【보험 나이】
① 이 약관에서의 보험대상자(피보험자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 단, 제6조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 보험대상자(피보험자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제2관 보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제11조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체 납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. (이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제39조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제38조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제12조【제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약자는 제2회 이후의 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 및 추가납입보험료를 회사가 정한 방법 및 보험료 납입한도 내에서 이 계약의 수금방법에 따라 수시로 자유롭게 납입할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자는 이 계약을 유지하기 위하여 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후부터는 해당월 기본보험료가 납입된 경우에 한하여 추가납입보험료를 납입할 수 있습니다.

④ 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후 부터는 해약환급금(단, 보험계약대출적립금과 특약의 해약환급금은 제외한 금액)에서 해당월의 월대체보험료를 충당할 수 있을 경우에는 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 납입하지 아니할 수 있습니다.
⑤ 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드리며 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.
⑥ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 의하여 보험대상자(주피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해 상태가 되었을 때에는 더 이상 기본보험료 및 추가납입보험료를 납입할 수 없습니다.

제13조【납입보험료의 처리】

① 계약자가 납입하는 보험료는 이체사유가 발생한 날을 기준으로 다음과 같이 이 계약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산된 특별계정투입보험료(이하 "특별계정투입보험료"라 합니다)를 일반계정에서 특별계정으로 이체합니다.
② 제1항에서 '이체사유가 발생한 날'이라 함은 다음과 같습니다.

1. 제1회 보험료의 경우 청약철회기간 내에 승낙된 경우에는 청약철회기간이 종료한 날의 다음날로, 청약철회기간이 지난 후 승낙된 경우에는 승낙일로 합니다. 이 경우 이체금액은 특별계정투입보험료를 납입일로부터 청약철회기간 종료일의 다음날까지는 예정이율로, 그 이후의 기간에 대해서는 특별계정의 투자수익률로 부리적립한 금액으로 합니다.
2. 제2회 이후의 기본보험료의 경우 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 이내에는「납입기일 - 제2영업일」이전에 납입한 경우에는 「납입기일」로 하며, 납입일로부터 납입기일까지 예정이율로 부리적립합니다. 「납입기일 - 제1영업일」이후에 납입한 경우에는 「납입일 + 제2영업일」로 하며, 납입일로부터 「납입일 + 제2영업일」까지 예정이율로 부리적립합니다. 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에는 기본보험료는 「납입일 + 제2영업일」로 하며, 납입일로부터 「납입일 + 제2영업일」까지는 예정이율로 부리적립합니다.
3. 추가납입보험료는「납입일 + 제2영업일」로 하며, 납입일부터 「납입일 + 제2영업일」까지 예정이율로 부리적립합니다.

③ 제2항에도 불구하고 회사가 승낙을 거절한 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제4항을 적용하며, 계약자가 그 청약을 철회한 경우에는 제2조(청약의 철회) 제2항의 내용을 적용합니다.

제14조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입)이내에는 계약자가 제2회 이후의 기본보험료와 부가된 특약보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 경우에는 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 보험료 납입최고(독촉)기간으로 합니다.

② 보험료 납입경과기간 2년(24회 납입) 경과 후에는 해약환급금(단, 보험계약대출적립금과 특약의 해약환급금은 제외한 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우 그 월계약해당일의 다음날부터 그 월계약해당일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 보험료 납입최고(독촉)기간으로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 제5항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고, 납입최고(독촉)기간 안에 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입통지서의 미교부, 자동이체 미신청 등 회사의 책임 있는 사유로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일 또는 해약환급금(단, 보험계약대출적립금과 특약의 해약환급금은 제외한 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 날부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고(독촉)기간으로 하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 보험료를 수금 또는 자동이체하기로 하거나 은행납입통지서를 교부하기로 한 경우에는 그 수금(자동이체) 또는 재교부일부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로하여 제1항 및 제2항의 납입최고(독촉)기간을 적용합니다.

⑤ 회사는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정한 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함]에게 납입최고(독촉)기간 안에 연체된 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함) 또는 추가납입보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 납입최고(독촉)기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려 드립니다.

⑥ 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제15조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 계약자의 보험료 납입연체 등의 사유로 해지된 계약에 대한 특별계정계약자적립금은 계약이 해지된 날을 기준으로 일반계정으로 이체하여 관리합니다.

② 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 기본보험료[해약환급금(단, 보험계약대출적립금과 특약의 해약환급금은 제외한 금액)에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 될 날부터 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 기본보험료. 단, 특약이 부가된 경우 특약보험료를 포함합니다]에 예정이율 +1% 범위 내에서 회사가 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

③ 회사는 제2항에 의하여 승낙한 계약의 경우 계약이 해지된 날부터 이체사유가 발생한 날까지의 계약자적립금(계약이 해지된 날부터 예정이율로 계산한 이자포함)과 연체된 보험료 중 특별계정투입보험료 해당액(연체된 특별계정투입보험료를 예정이율로 계산한 이자포함)등을 이체사유가 발생한 날을 기준으로 일반계정에서 특별계정으로 이체합니다.

④ 제3항에서 '이체사유가 발생한 날'이라 함은 다음과 같습니다.

1. 부활(효력회복)승낙 후 연체보험료가 완납된 경우 「연체보험료 완납일 + 제2영업일」
2. 연체보험료 완납 후 제2영업일 이내에 부활(효력회복) 승낙이 이루어진 경우에는 「연체보험료 완납일 + 제2영업일」
3. 연체보험료 완납 후 제2영업일 경과 후에 부활(효력회복) 승낙이 이루어진 경우에는 승낙일

⑤ 제2항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제11조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제38조(계약전 알릴의무), 제39조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제40조(계약취소권의 행사제한)를 준용합니다.

제3관 보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제16조【"암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 "대상이 되는 악성신생물분류표(별표4 참조)"에서 정한 악성신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호

"C44(기타 피부의 악성신생물)" 및 "전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)"는 제외합니다.
② 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 "C44(기타피부의 악성신생물)"에 해당하는 질병을 말합니다.
③ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않은 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조【"상피내암"의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 "상피내의 신생물 분류표(별표5 참조)"에서 정한 질병을 말합니다.
② "상피내암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않은 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "상피내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(별표6 참조)"에서 정한 질병을 말합니다.
② "경계성종양"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않은 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【"중대한 화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "중대한 화상 및 부식"이라 함은 화상 및 부식이 "9의 법칙(Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Body Surface Chart)"에 의해 측정된 신체 표면적으로 20%이상의 3도화상 또는 부식을 입은 경우를 말하며, 이 측정법처럼 표준화된 방법이고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

② "중대한 화상 및 부식"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제20조【"5대장기이식수술"의 정의】

이 계약에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인(살아있는 사람, 뇌사자, 사망자를 모두 포함합니다)의 내부 장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 실제로 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스소도세포이식수술은 포함되지 않습니다.

제21조【"조혈모세포이식"의 정의】

이 계약에 있어서 "조혈모세포이식"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 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)골수조혈모이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전 상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있

는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전 상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제22조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 “보험금 지급기준표” (별표1 참조)에서 정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험대상자(주피보험자)가 보험기간 중 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해 상태가 되었을 때
   ⑴ 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일전이고 살아 있는 경우
   : 자녀독립자금 및 자녀교육자금
   ⑵ 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일전에 사망한 경우 또는 보험나이가 24세이상인 경우
   : 사망보험금
2. 보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 재해로 인하여 “장해분류표”에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 : 재해장해급여금
3. 보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 “암”, “기타피부암”, “상피내암”, “경계성종양” 또는 “중대한 화상 및 부식”으로 진단이 확정되었을 경우 : 중대한 질병진단급여금 (단, 각각 최초 1회에 한함)
4. 보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 장기수혜자로서 “5대장기이식수술”을 받았거나 “조혈모세포이식”을 받았을 경우 : 중대한 수술급여금 (단, 각각 최초 1회의 수술에 한함)

제23조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)의 “사망보험금” 또는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 “자녀독립자금 및 자녀교육자금”은 보험대상자(피보험자)가 사망한 날 또는 장해분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합

산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태로 진단 확정된 날을 기준으로 계산되며, 보험가입금액에 계약자적립금을 합산한 금액이 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)를 사망보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제9조(계약의 소멸) 제1항, 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

③ 제9조(계약의 소멸) 제1항, 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호, 제2호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장해상태가 되고 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망 포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 이 계약에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제9조(계약의 소멸) 제1항, 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호, 제2호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제9조(계약의 소멸) 제1항, 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호, 제2호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제9조(계약의 소멸) 제1항, 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제

1호, 제2호 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 재해장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(종피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위 1호 이외에 이 보험의 약관에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑬ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 중대한 질병진단급여금은 “암”, “기타피부암”, “상피내암”, “경계성종양” 또는 “중대한 화상 및 부식” 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

⑭ 보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 사망하고 그 후에 “암”, “기타피부암”, “상피내암”, “경계성종양” 또는 “중대한 화상 및 부식”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 중대한 질병진단급여금을 지급합니다.

⑮ 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제4호의 중대한 수술급여금은 “5대장기이식수술” 또는 “조혈모세포이식” 각각 최초 1회에 한하여

지급하여 드립니다.
⑯ 보험대상자(종피보험자)가 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전에 사망하였거나, 보험나이가 24세 이상일 경우에는 회사는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 내지 제4호에서 정한 보험금 지급사유에 대해서는 더 이상 보장을 하지 아니합니다.
⑰ "자녀교육자금"은 최초 지급사유 발생시부터 일자계산에 의해 공시이율로 부리적립하며, 자녀교육자금 지급기간 동안 분할하여 매년 보험금 지급사유 발생 해당일에 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 지급합니다.
⑱ "자녀교육자금"을 지급할 경우에 재해장해급여금, 중대한 질병진단급여금, 중대한 수술급여금은 자녀교육자금의 지급기간이 종료되는 시점까지 계속 보장합니다. 단, 자녀교육자금 지급기간중 보험대상자(종피보험자) 사망시에는 사망시점의 책임준비금을 지급합니다.
⑲ "자녀교육자금"을 지급받는 도중에 일시금으로 선지급 가능하며, 매년 지급받는 자녀교육자금을 매월, 매3개월, 매6개월마다 분할하여 지급 가능합니다. 단, 자녀교육자금을 일시금으로 선지급하여 더 이상 월대체보험료를 공제할 수 없는 경우에는 회사는 보장에 대한 의무를 지지 아니합니다.
⑳ 최초 자녀교육자금 지급시 제1항에 의한 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)를 최저사망보험금으로 할 경우에는 자녀교육자금 계산은 최저사망보험금에서 자녀독립자금을 차감한 나머지 금액으로 합니다.

제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우
   그러나, 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 계약의 보장개시일[부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복) 청약일]부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
   그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 보험금을 받는 자(보험수익자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 회사가 이 계약을 해지하거나 계약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 계약자에게 돌려 드립니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

제25조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

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

제26조 【공시이율의 적용 및 공시】

① 제22조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호의 "자녀교육자금" 지급기간 동안에 적용하는 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 공시이율로 하며, 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

② 제1항의 공시이율은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감한 내부지표와 회사채수익률과 국고채수익률을 반영한 외부지표를 고려하여 이 보험의 사업방법서가 정하는 바에 따라 결정합니다.

③ 이 보험의 공시이율은 보험가입 후 10년 이하의 경과기간에 대하여는 연복리 2.5%, 10년을 초과하는 경과기간에 대하여는 연복리 2.0%를 최저한도로 합니다.

④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제27조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산합니다.

② 해약환급금은 특별계정의 운용실적에 따라 변동되므로 최저보증이 이루어지지 않으며 원금손실이 발생할 수도 있습니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 약관에서 정한 "계약자의 임의해지"에 관한 사항에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은「해지 신

청일 + 제2영업일」의 기준가를 적용하여 이 계약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산하며, 「해지 신청일 + 제2영업일」에 지급합니다.

제28조【배당금의 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제29조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제4관 특별계정에 관한 사항

제30조【계약자적립금의 계산】
① 이 계약의 계약자적립금 계산은 이전 계약자적립금과 특별계정투입보험료에서 월계약해당일에 월대체보험료 및 중도인출금액(인출수수료 포함)을 차감한 금액에 대하여 매일 특별계정의 운용실적을 반영하여 이 계약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산합니다.
② 회사는 특별계정계약자적립금에서 매일 특별계정운용보수 및 특별계정수탁보수를 차감합니다.
③ 제7관 보험대상자(피보험자) 교체에 관한 사항에 의한 보험대상자(피보험자) 교체 후에도 계약자적립금의 계산은 제1항 및 제2항을 동일하게 적용합니다.

제31조【펀드의 운용 및 평가】
① 변액보험의 펀드는 특별계정별로 일반보험의 자산과 분리하여 독립적으로 운용되며, 자산운용실적이 계약자적립금에 즉시 반영될 수 있도록 매일 평가합니다.
② 제1항의 특별계정에서 관리되는 자산의 운용실적에 의한 이익 및 손실은 다른 계정의 자산운용에 따른 이익 및 손실에 관계없이 이 계약으로 귀속됩니다.
③ 회사는 이 계약의 운용자산을 회사가 운영하는 다른 변액보험의 유사한 성격의 운용자산별로 통합하여 운용할 수 있습니다. 이 경우 회사는 펀드 통합사유, 통합일자, 기타 펀드통합관련사항을 일간신문(신문등의자유와기능보장에관한법률 제12조 제1항 제6호의 규정에 의하여 전국을 보급지역으로 등록한 일간신문으로서 동법 제2조 제2

호 '가' 또는 '나'에 해당하는 것을 말하며, 이하 같습니다)에 공고하거나 계약자에게 개별 통지하여 드립니다. 또한 회사는 펀드를 통합한 날 이후 6개월이 경과하는 날까지 각 펀드의 결산서류를 회사 본점에 비치합니다.

④ 계약자는 특별계정의 자산운용방법에 대해서는 일체의 관여를 할 수 없습니다.

제32조【펀드의 유형 및 운용】

① 펀드의 유형은 다음 각호로 합니다.

1. 채권형 : 채권[전환사채, 교환사채, 신주인수권부사채 등 주식관련사채, 사모사채 및 자산유동화증권(후순위채 포함)을 포함합니다] 및 채권관련 파생상품 등에 순자산(NAV)의 95% 이내로 투자하고, 나머지는 유동성 확보를 위하여 유동성자산 및 수익증권에 투자합니다. 단, 무배당 알리안츠변액유니버셜보험의 "채권형(설정일 2004년 10월 04일)" 으로 합니다.
2. 글로벌 셀렉트 재간접형 : 전세계 대표적인 성장주식에 투자하는 펀드를 90%까지 편입하고 나머지는 유동성 확보를 위해 유동성 자산 및 수익증권에 투자합니다. 단, 무배당 알리안츠글로벌변액유니버셜보험의 "글로벌 셀렉트 재간접형(설정일 2007년 08월 21일)"으로 합니다.
3. 주식혼합형 : 주식(코스닥주식, 기업공개를 위하여 발행한 증권이나 증서 등 포함) 및 주식형펀드, 상장지수펀드, 그리고 이와 관련된 파생상품을 순자산(NAV)의 60%이내로 투자하고, 나머지는 국내 채권, 채권형펀드, 채권관련 파생상품 및 유동성 확보를 위해 유동성 자산에 투자합니다.
4. 글로벌 이머징마켓 혼합 재간접형 : 전세계 이머징 마켓 주식에 투자하는 펀드를 50%까지 편입하고, 국내 채권 펀드 및 채권관련 파생상품에 순자산(NAV)의 40% 이내에서 투자하며 나머지는 유동성 확보를 위해 유동성 자산 및 수익증권에 투자합니다. 단, 무배당 알리안츠글로벌변액유니버셜보험의 "글로벌 이머징마켓 혼합 재간접형(설정일 2007년 08월 21일)"으로 합니다.
5. 글로벌리츠형 : 미국, 호주, 일본 등 해외 부동산 릿츠펀드에 순자산(NAV)의 70% 이내에서 투자하고, 국내 채권 및 채권관련 파생상품에 순자산(NAV)의 20% 이내에서 투자하며 나머지는 유동성 확보를 위하여 유동성 자산 및 수익증권에 투자합니다. 단, 무배당 알리안츠변액유니버셜보험의 "글로벌리츠형(설정일 2006년 04월 24일)" 으로 합니다.

② 제1항에서 정한 펀드의 유형 외에 새로운 펀드가 추가될 수 있습니다.

③ 제1항에서 회사가 운용자산인 유가증권 등의 가격변동 및 해약 등의 사유로 인하여 불가피하게 제1항에서 정한 투자한도를 초과하게 된 경우에는 3개월 이내에 그 투자한도를 적합하도록 하여야 합니다.
④ 제1항에서 회사가 운용자산인 유가증권 등의 가격변동 및 해약 등의 사유로 인하여 불가피하게 제1항에서 정한 투자한도를 초과하게 된 경우에는 3개월 이내에 그 투자한도를 적합하도록 하여야 합니다.

제33조【계약자의 펀드 선택 및 변경】

① 계약자는 회사가 정한 바에 따라 제32조(펀드의 유형 및 운용)에서 정한 펀드 중 1개 이상을 선택할 수 있으며, 복수로 선택한 경우에는 펀드별로 보험계약 체결시 기본보험료의 투입비율을 설정하여야 합니다. 단, 각 펀드별로 투입되는 기본보험료는 5만원 이상으로 합니다. 또한, 계약자는 보험년도 중 년12회 이내의 범위에서 회사가 정한 바에 따라 기본보험료의 펀드별 투입비율의 변경을 요청할 수 있습니다.
② 추가납입보험료는 계약자의 지정이 있을 경우 그 지정한 비율에 따라 해당 펀드로 투입되고, 지정이 없을 경우에는 제1항에서 설정한 기본보험료의 투입비율에 따라 각 펀드에 투입됩니다. 단, 각 펀드별로 투입되는 추가납입보험료는 5만원 이상으로 합니다.
③ 계약자는 계약일부터 1개월경과 후부터 보험년도 중 년12회 이내의 범위에서 회사에 서면으로 펀드적립금의 이전 또는 제34조(계약자의 펀드자동재배분 선택)에 의한 펀드의 편입비율 변경을 요구할 수 있습니다. 단, 최초 펀드 설정일부터 3개월이 경과하지 아니한 경우에는 최초 펀드 설정일부터 3개월이 경과한 후부터 가능합니다.
④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 계약이 체결된 이후 제32조(펀드의 유형 및 운용) 제3항에 따라 새로운 펀드가 설정되는 경우 계약자는 추가로 설정된 펀드를 선택하거나 추가로 설정된 펀드로 펀드적립금을 이전할 수 있습니다.
⑤ 회사는 제3항에 의한 펀드적립금의 이전을 요청받은 경우에는 제37조(특별계정의 폐지) 제1항 제1호 내지 제3호의 특별한 사정이 없는 한 이에 응하여야 하며, 이 경우 「변경요구일 + 제5영업일」을 기준으로 현금을 이전하는 방식에 따릅니다. 단, 이전하는 펀드적립금은 10만원 이상 이어야 합니다.
⑥ 회사는 제3항에서 정한 요구를 접수한 때에는 계약자에게 변경대상 계약자적립금의 0.1%이내에서 수수료를 청구할 수 있으며, 이는 제4항의 현금이전시 공제합니다. 단, 수수료 중 5,000원을 초과하는 금액은 변경 전 펀드의 수익으로 처리합니다.

⑦ 회사는 천재·지변, 유가증권시장의 폐쇄·휴장, 유가증권 등의 매각 지연, 기타 이에 준하는 부득이한 사유로 인하여 제5항에서 정하는 날까지 이전할 수 없게 된 경우에는 지체없이 그 사유 및 향후 이전 계획 등을 구체적으로 명시하여 계약자에게 통지하여야 하며, 보험재산이 처분되는 날로부터 제5영업일을 기준으로 현금을 이전하는 방식을 따릅니다.

제34조【계약자의 펀드자동재배분 선택】

① 계약자는 계약체결시 펀드자동재배분을 선택할 수 있으며, 이 경우 계약일부터 매 6개월 단위로 계약체결시 선택한 펀드의 편입비율로 자동재배분 됩니다. 단, 펀드자동재배분 실행일이 영업일이 아닌 경우에는 다음 영업일에 실행됩니다.

② 보험기간 중 펀드변경에 의해 펀드의 편입비율이 변경된 경우에는 변경된 펀드의 편입비율에 따라 자동재배분되며, 이 경우에도 매 6개월 단위로 자동재배분됩니다.

③ 계약자는 보험기간 중 펀드자동재배분을 선택하거나 취소할 수 있습니다.

제35조【자산의 평가방법 및 운용】

① 특별계정자산의 평가 및 운용은 보험업법 및 간접투자자산운용업법 등에서 정한 방법에 따릅니다.

② 제1항에 의한 특별계정자산의 평가는 각 특별계정별로 적용됩니다.

제36조【특별계정 좌수 및 기준가격】

특별계정 좌수 및 기준가격은 다음 각 호와 같이 산출합니다.

1. 좌수

   특별계정 설정시 1원을 1좌로 하며, 그 이후에는 매일 좌당 기준가격에 따라 좌단위로 특별계정에 이체 또는 인출합니다.

2. 좌당 기준가격

   특별계정의 좌당 기준가격은 다음과 같이 산출하되, 1,000좌 단위로 원미만 셋째 자리에서 반올림하여 원미만 둘째 자리까지 계산하며 최초 판매개시일의 기준가격은 1,000좌당 1,000원으로 합니다.

   $$\text{좌당 기준가격} = \frac{\text{당일 특별계정의 순자산가치}}{\text{특별계정의 총 좌수}}$$

   단, 당일 특별계정의 순자산가치라 함은 당일 특별계정의 총자산에서 특별계정운용보수 및 특별계정수탁보수를 차감한 금액으로 합니다.

제37조【특별계정의 폐지】

① 회사는 다음 각 호에 해당하는 사유가 발생한 경우에 한하여 특별계정을 폐지할 수 있습니다.

1. 당해 각 특별계정의 자산이 급격히 감소하거나, 자산가치의 변화로 인하여 효율적인 자산운용이 곤란해진 경우
2. 당해 각 특별계정의 자산운용대상이 소멸할 경우
3. 기타 제1호 내지 제2호에 준하는 경우

② 회사는 제1항에서 정한 사유로 각 특별계정을 폐지할 경우에는 계약자에게 폐지사유, 폐지일까지의 계약자적립금과 함께 제33조(계약자의 펀드선택 및 변경)에 따른 펀드 변경 선택에 관한 안내문 등을 작성하여 서면으로 통지하여 드립니다. 다만, 계약자가 펀드 변경을 별도로 신청하지 않을 경우에는 회사가 유사한 펀드로 이동시킬 수 있습니다.

③ 회사는 계약자가 제2항에 따라 펀드 변경을 요구한 경우에는 펀드 변경에 따른 수수료를 계약자에게 청구하지 않으며, 연간 펀드 변경 횟수에 포함시키지 아니합니다.

제5관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제38조【계약전 알릴 의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제39조【계약전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제38조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의

경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 회사가 이 계약의 청약시 보험대상자(피보험자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때 (계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우

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

③ 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다."라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료(계약자적립금의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액) 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제38조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제40조【계약 취소권의 행사제한】

회사는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때에는 민법 제110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험금 지급 등의 절차

제41조【주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제42조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자) 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제43조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제44조【보험금 지급사유의 발생통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제56조(보험대상자(피보험자)의 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제45조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 해당 질병 진단서, 수술확인서, 교통사고사실확인원 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관

발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타, 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 또는 경찰서 등 관공서에서 발급한 것이어야 합니다.

제46조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제45조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 해당하는 "자녀교육자금(단, 일시금으로 수령하는 경우는 제외)"의 지급시기가 도래할 때에는 도래일7일 이전에 그 사유와 회사에 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표7) "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제39조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에

필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 지정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 "회사가 지정한 의사" 및 "제3의 의사"는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급보험금 포함)의 지급 또는 보험료의 납입면제를 유예할 수 있습니다.

제47조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자[보험금 지급사유 발생 후에는 보험금을 받는 자(보험수익자)]는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제22조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 사망보험금, 자녀독립자금 및 자녀교육자금(최초 지급사유 발생시 일시금을 수령하는 경우)의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제48조【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의 등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제49조【계약자적립금의 인출】

① 계약자는 보험년도 기준 년12회에 한하여 보험기간(자녀교육자금 지급기간 제외)중에 계약자적립금의 일부를 인출할 수 있습니다. 단, 1회에 인출할 수 있는 금액은 10만원 이상 만원 단위로 하며, 인출할 당시 해약환급금(단, 보험계약대출 적립금과 특약의 해약환급금은 제외한 금액)의 50%를 최고 한도로 하며,「신청일 + 제2영업일」의 기준가격을 적용하여 지급합니다.

② 회사는 인출금액의 0.2%와 2,000원 중 작은 금액 이내에서 회사가 정한 금액을 수수료로 부가할 수 있으며, 계약자적립금에서 차감합니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약자적립금의 인출은 월계약해당일 기준 1개월 동안 2회 이내에 한하며, 인출 후의 특별계정계약자적립금 잔액은 500만원 이내에서 회사가 정한 금액과 인출 당시 2개월분의 월대체보험료 중 큰 금액 이상이어야 합니다.

④ 계약자적립금의 중도인출은 추가납입보험료에 의한 계약자적립금에서 우선적으로 인출하며, 추가납입보험료에 의한 계약자적립금이 부족한 경우에 한하여 기본보험료에 의한 계약자적립금에서 인출하는 것으로 합니다.

⑤ 제1항에 따라 계약자적립금을 인출한 경우 제4조(용어의 정의) 제10호 및 제23조(보험금 지급에 관한 세부 규정) 제1항에서 정하는 "이미 납입한 보험료"는 다음과 같이 계산합니다.

인출 직후의 「이미 납입한 보험료」
= 인출 직전 「이미 납입한 보험료」
× $\frac{\text{인출 직전 계약자적립금} - \text{인출금액(인출수수료 포함)}}{\text{인출 직전 계약자적립금}}$

(주) "인출 직전 「이미 납입한 보험료」"는 해당 인출 전에 인출 및 감액이 발생한 경우 제7조(계약내용의 변경) 제3항 및 상기 방법에 따라 계산된 이미 납입한 보험료를 말합니다.

제50조【보험계약대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하"보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금과 상계할 수 있습니다.

③ 회사는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 보험계약대출

금 및 보험계약대출이자를 상계할 수 있습니다.
④ 제1항에 의하여 보험계약대출이 이루어졌을 경우 보험계약대출금액은 「신청일 + 제2영업일」의 기준가격을 적용하여 각각의 펀드적립금 비율에 따라 특별계정에서 일반계정으로 이체한 후 보험계약대출이율-1.5%로 부리하여 보험계약대출적립금으로 적립합니다. 단, 계약자가 보험계약대출금 및 보험계약대출이자의 일부 또는 전부를 상환하는 경우에는 「상환일 + 제2영업일」의 기준가격을 적용하여 상환일로부터 「상환일 + 제2영업일」까지 예정이율로 부리적립합니다. 이 경우 상환금액은 펀드별 편입비율에 따라 분배하여 일반계정에서 특별계정으로 이체하며 보험계약대출적립금계정에서는 제외합니다. 또한, 회사는 계약자가 보험계약대출금 및 보험계약대출이자를 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 상계할 수 있습니다.

제7관 보험대상자(피보험자) 교체에 관한 사항

제51조【보험대상자(피보험자) 교체 대상 계약】
보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일에 보험대상자(주피보험자)와 보험대상자(종피보험자)가 모두 생존하고 있는 계약으로 해지되지 않은 계약을 대상으로 합니다.

제52조【보험대상자(피보험자)의 교체 신청 및 취소】
① 계약자는 교체전 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 23세가 되는 월계약해당일로부터 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 30일 전일까지 교체 신청서를 작성하여 보험대상자(피보험자)의 교체를 신청할 수 있으며, 회사는 신청일로부터 30일이내에 보험대상자(피보험자)의 교체를 승낙 또는 거절하여야 합니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다. 단, 회사의 승낙일로부터 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 계약해당일전에 보험대상자(주피보험자)가 사망하거나, “장해분류표” 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 경우 또는 보험대상자(종피보험자)가 사망한 경우에는 제51조 (보험대상자(피보험자) 교체 대상 계약)에 의하여 교체대상 계약에 해당하지 아니 하므로 신청을 무효로 합니다.
② 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 교체신청서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하며, 교체 후 보험대상자(피보험자)의 보장이 개시된 이후에 회사는 교체신청서에

서 알린 사실을 이유로 계약을 해지하거나 보장을 제한하지 않습니다. 그러므로 교체신청서에서 알린 사실에 관한 내용은 제38조(계약전 알릴의무) 및 제39조(계약전 알릴 의무의 위반효과)의 적용을 받지 아니합니다.
③ 제1항에 의하여 보험대상자(피보험자)의 교체 신청을 거절할 수 있는 사유는 보험대상자(피보험자) 교체 당시에 판매하고 있는 동일 담보의 유사유형 상품에 준하는 거절사유에 해당하는 경우에 한합니다.
④ 제1항에 의하여 회사가 승낙을 한 때에는 보험대상자(피보험자)가 교체된 사항을 보험가입증서(보험증권)에 기재하여 드립니다.
⑤ 제1항의 교체 신청은 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 계약자가 변경(신청 취소) 할 수 있습니다.
⑥ 보험대상자(종피보험자)가 회사의 승낙에 의해서 "교체 후 보험대상자(피보험자)"가 된 경우에는 더 이상 보험대상자(피보험자)의 교체를 할 수 없습니다. (이하 "교체 후 보험대상자(피보험자)"라 합니다)
⑦ 계약자가 "교체 후 보험대상자(피보험자)"의 보장이 개시된 후 3개월 이내에 다음의 사유로 교체 후 계약을 취소하는 경우에는 그날로부터 교체전 계약내용을 적용합니다.

1. 회사가 교체와 관련한 중요한 내용을 설명하지 아니한 때
2. 교체신청시 계약자, 보험대상자(주피보험자) 또는 보험대상자(종피보험자)가 교체신청서에 자필서명을 하지 아니 한때

제53조【보험대상자(피보험자) 교체】
① 교체전 보험대상자(종피보험자)를 교체 후 계약의 보험대상자(주피보험자)로 합니다.
② 교체전 보험대상자(주피보험자)는 보험대상자(피보험자)의 교체 후에는 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실합니다.

제54조【보험대상자(피보험자)의 교체의 적용】
① 교체전 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 회사는 교체전 보험대상자(주피보험자)에게 약관이 정한 바에 따라 보장하여 드립니다.
② 회사는 "교체 후 보험대상자(피보험자)"의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일로부터 제56조(보험대상자(피보험자) 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보장을 합니다.

제55조【보험대상자(피보험자)의 교체 후 보험가입금액 및 기본보험료의 범위】
① 보험대상자(피보험자) 교체 후의 "교체 후 보험대상자(피보험자)"

의 보험가입금액은 보험대상자(피보험자) 교체전 보험가입금액과 동일하게 적용합니다.
② 보험대상자(피보험자) 교체이후에 보험대상자(피보험자)의 나이변경에 의하여 교체전의 기본보험료가 보험가입금액에 따른 기본보험료의 범위를 충족하지 못 할 경우에도 교체전 기본보험료를 교체 후 기본보험료로 합니다.

제56조【보험대상자(피보험자)의 교체 후 보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 "교체 후 보험대상자(피보험자)"가 교체 후 보험기간 중 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액에 지급사유 발생 당시의 계약자 적립금을 합산한 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

제57조【보험대상자(피보험자)의 교체 등에 관한 통보】
회사는 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 23세가 되기 15일전까지 보험대상자(피보험자)의 교체에 대한 내용(신청방법, 신청시기, 교체시 특약의 중도부가 등)과 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일에 보험대상자(종피보험자)의 보장이 종료됨을 계약자에게 알려 드립니다.

제8관 분쟁조정 등

제58조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제59조【관할법원】
이 계약에 관한 소송은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의에 의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제60조【약관의 해석】
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제61조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제62조【보험계약의 변동사항 통지】
① 회사는 계약일부터 반기별로 보험계약의 변동내용을 계약자에게 서면으로 알려 줍니다.
② 제1항의 경우 금융감독원장의 요구가 있는 경우에는 다른 추가적인 사항을 포함할 수 있습니다.

제63조【결산사항의 통지】
회사는 사업년도 종료시 특별계정의 결산사항을 금융감독원에 보고한 날부터 30일 이내에 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

제64조【회사의 손해배상책임】
회사는 계약과 관련하여 임·직원, 모집인 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 발생된 손해에 대하여 관계법규 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제65조【준거법】
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제66조【예금보험에 의한 지급보장】
이 계약은 예금자보호법에 의해 보호되지 않습니다. 단, 부가되는 특약의 경우 특별계정 운용실적과 관계없는 특약은 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

■ **보험대상자(피보험자) 사망시 보험금 (약관 제22조 제1호)**

<table>
<tr><th colspan="3">지급사유</th><th>지급액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">보험기간 중 보험대상자(주피보험자)가 사망하거나 장해분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때</td><td rowspan="2">보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전이고, 살아있는 경우</td><td>자녀독립자금</td><td>보험가입금액의 50%</td></tr>
<tr><td>자녀교육자금</td><td>자녀교육자금 지급기간 동안 최초 보험금 지급사유 발생 당시에 「보험가입금액의 50% + 계약자 적립금」을 기준으로 계산한 보험금을 매년 지급</td></tr>
<tr><td>보험대상자(종피보험자)가 사망한 경우 또는 보험대상자(종피보험자)의 보험나이가 24세이상인 경우</td><td>사망보험금</td><td>보험가입금액
+
지급사유 발생 당시 계약자적립금</td></tr>
</table>

단, 보험대상자(피보험자) 교체 후 보험계약인 경우에는 아래와 같이 보험금을 지급합니다. (약관 제56조)

지급사유	지급액
“교체 후 보험대상자(피보험자)”가 보험대상자(피보험자) 교체 후 보험기간 중 사망하거나 장해분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때	보험가입금액 + 지급사유 발생 당시 계약자적립금

■ 재해장해급여금 (약관 제22조 제2호)

지급사유	지급액
보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	2,000만원 x 해당 장해지급률

■ 중대한 질병진단급여금(약관 제22조 제3호)

지급사유	지급액	
보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 암으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년미만	1,000만원
	경과기간 2년이상	2,000만원
보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 중대한 화상 및 부식으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 최초 1회 진단확정에 한함)	1,000만원	
보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 경계성종양, 상피내암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되었을 경우 (단, 각각 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년미만	100만원
	경과기간 2년이상	200만원

■ 중대한 수술급여금(약관 제22조 제4호)

지급사유	지급액	
보험대상자(종피보험자)가 보험기간 중 보험나이가 24세가 되는 월계약해당일 전일까지 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 경우 또는 조혈모세포이식을 받았을 경우 (단, 각각 최초 1회 수술에 한함)	경과기간 2년미만	500만원
	경과기간 2년이상	1,000만원

(주) 1. 보험대상자(피보험자) 또는 교체 후 보험대상자(피보험자) 사망시점의 「보험가입금액에 계약자 적립금을 합산한 금액」이

이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)보다 적은 경우 이미 납입한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)를 지급하여 드립니다. 단, 자녀교육자금 지급시 이미 납입한 보험료를 최저사망보험금으로 할 경우에는 최저사망보험금에서 자녀독립자금을 차감한 나머지 부분을 자녀교육자금 계산을 위한 기준으로 합니다.

2. 「이미 납입한 보험료」는 제4조(용어의 정의)에서 제10호에서 정한 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 제외)를 말합니다.
3. "계약자적립금"은 특별계정의 운용실적에 따라 개별 계약자 별로 배분된 금액 등을 말하며, 특별계정의 평가 등에 의하여 매일 변동할 수 있습니다.
4. 「지급사유 발생 당시 계약자 적립금」은 사망시점 또는 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 시점의 계약자적립금을 말합니다.
5. "자녀교육자금"은 최초 지급사유 발생시부터 일자계산에 의해 공시이율로 부리적립하며, 자녀교육자금 지급기간 동안 분할하여 매년 자녀교육자금 지급사유 발생 해당일에 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 지급합니다. 단, 자녀교육자금 지급기간 중 보험대상자(종피보험자) 사망시에는 사망시점의 책임준비금을 지급합니다.
6. 자녀교육자금을 지급할 경우에 재해장해급여금, 중대한 질병진단급여금, 중대한 수술급여금은 자녀교육자금의 지급기간이 종료되는 시점까지 계속 보장합니다. 단, 자녀교육자금 지급기간 중 보험대상자(종피보험자) 사망시에는 사망시점의 책임준비금을 지급합니다.
7. 자녀교육자금을 지급받는 도중에 일시금으로 선지급 가능하며, 매년 지급받는 자녀교육자금을 매월, 매3개월, 매6개월마다 분할하여 지급 가능합니다. 단, 자녀교육자금을 일시금으로 선지급하여 더 이상 월대체보험료를 공제할 수 없는 경우에는 회사는 보장에 대한 의무를 지지 아니합니다.
8. 보험대상자(종피보험자)가 보험나이 24세가 되기 전에 사망하였거나, 자녀교육자금 지급사유가 발생하지 아니하며 보험나이가 24세 이상일 경우에는 회사는 "재해장해급여금", "중대한 질병진단급여금", "중대한 수술급여금"에 대한 보장에 대하여 더 이상 보장을 하지 아니 합니다.
9. 약관에서 정한 암의 정의에 따라 "암"의 정의에서 "기타피부암"은 제외되므로, "암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 급여금을 지급하고 "기타피부암"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

(별표2)

재해 분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

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

② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보상)

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

⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

㈜ ( ) 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함 합니다

(별표3)

장해 분류표

■■ 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

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, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신

체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.

4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

■■ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.10 이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.20 이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년 이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할

수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.

7) “시야가 좁아진 때” 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.

8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.

9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때 “라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50㎝이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)

② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
④ 후두음(ㅇ, ㅎ)

6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.

3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5㎝ 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5㎝ 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2㎝ 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.

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

3) 심한 운동장해

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

4) 뚜렷한 운동장해

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

5) 약간의 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

6) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈,가슴뼈,갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌

골이 2.5㎝ 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태

② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우

3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를

판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.

3) “팔” 이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.

4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.

5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침” 의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때” 라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)” 인 경우

나) “심한 장해” 라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우

다) “뚜렷한 장해” 라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장해” 라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우

나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) "약간의 장해"라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 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(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.

4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.

5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를

말한다.

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

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때 (1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때 (1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.

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

3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.

4) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말

하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은

① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때

2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은

① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때

③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은

① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때

② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때

③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때

④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때

⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㈏ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작” 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작” 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작” 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 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%)
배변배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표4)

대상이 되는 악성신생물 분류표

(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성 신생물	C40 - C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69 - C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

(주) 1) 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2) 기타 피부의 악성신생물(분류번호C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다

3) 전암병소, 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 “상피내암”은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내암종	D09

(주) 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프,조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표7)

보험금 지급시의 적립이율 계산

구분		적립기간	지급이자
자녀독립자금, 초회자녀교육자금, 사망보험금, 재해장해급여금, 중대한 질병진단급여금, 중대한 수술급여금 (약관 제22, 56조)		지급기일 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간 (단, 자녀교육자금 지급시는 제외)	보험계약대출이율
자녀교육자금 (약관 제22조, 일시금로 수령할 경우에는 제외)	회사가 자녀교육자금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우 (단, 초회자녀교육자금은 제외)	자녀교육자금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 자녀교육자금 청구일까지의 기간	공시이율
	회사가 자녀교육자금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	자녀교육자금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 자녀교육자금 청구일까지의 기간	1년이내: 공시이율의 50% 1년초과기간:1%
	자녀교육자금 청구일의 다음날부터 자녀교육자금 지급기일까지의 기간		공시이율 +1%
	지급기일의 다음날부터 자녀교육자금 지급일까지의 기간		보험계약대출이율

구분	적립기간	지급이자
해약환급금(약관 제27조 제1항)	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내: 예정이율의 50% 1년초과기간:1%
	해약환급금 「청구일 + 제2영업일」의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율* +1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

* : 단, "자녀교육자금" 지급 도중에 해약하는 경우에는 상기의 예정이율은 공시이율을 말합니다.

(주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자계산하며, 약관 제29조(소멸시효)에 의한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 뉴어린이보장특약 약관

무배당 뉴어린이보장특약 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
제 3조【특약 내용의 변경】
제 4조【계약자의 임의해지】
제 5조【특약의 보험기간】
제 6조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【 “암” 및 “기타피부암” 의 정의 및 진단확정】
제11조【 “상피내암” 의 정의 및 진단확정】
제12조【 “경계성종양” 의 정의 및 진단확정】
제13조【 “수술” 의 정의 및 장소】
제14조【 “입원” 의 정의 및 장소】
제15조【 “치아상실” 의 정의】
제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제18조【해약환급금】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제19조【보험금 등 청구시 구비서류】
제20조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

제21조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

무배당 뉴어린이보장특약 약관

제1관 특약의 성립 및 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조【보험대상자(피보험자)의 범위】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 다음 중 1인으로 합니다.

1. 주계약의 보험대상자(피보험자)
2. 주계약이 연생보험인 경우에는 주계약 보험대상자(피보험자) 중 1인
3. 주계약 보험대상자(피보험자)의 자녀

② 보험대상자(피보험자)의 자격이 상실된 시점에 제18조(해약환급금)에서 정하는 해약환급금을 지급하며 이 특약은 해지 됩니다.

제 3조【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험가입증서(보

험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제 6조【특약의 소멸】
주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에 회사는 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간(이하 "납입최고(독촉)기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제 9조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없

을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조【"암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 "대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)"(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소 (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 "기타 피부의 악성신생물(C44)"에 해당하는 질병을 말합니다.
③ "암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "암" 또는 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【 "상피내암" 의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 "상피내의 신생물 분류표"(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "상피내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【 "경계성종양" 의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 제4차 개정 한국 표준 질병·사인분류의 기본분류에 있어서 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표"(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【 "수술" 의 정의 및 장소】

이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 "수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표"(별표8 참조)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제14조【 "입원" 의 정의 및 장소】

이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병 및 재해 분류표"(별표7 참조)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"이라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【 "치아상실" 의 정의】

이 특약에 있어서 "상실(喪失)"이란 어떠한 치료를 하더라도 치아를 보존할 수 없다고 판단되어 치아를 발거(拔去)하거나 우식증(齲蝕症) 또는 외인에 의하여 치아를 뿌리까지 손상되어 치아의 일부라도 보존할 수 없는 경우를 말합니다. 다만, 치아교정을 위하여 발거하는 경우와 제3대구치를 발거하는 경우를 제외합니다.(이하 "상실"이라 합니다)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금 (별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 만 15세 이상에서 사망하였을 때 : 사망보험금
2. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표(별표3 참조) 중 재해(별표2 “재해분류표”에서 재해를 말하며, 이하 같습니다)로 장해지급률이 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 장해급여금
3. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단이 확정되었을 때 : 암 진단급여금 (최초 1회에 한함)
4. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 : 기타피부암 진단급여금(최초 1회에 한함)
5. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 : 상피내암 진단급여금(최초 1회에 한함)
6. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 : 경계성종양 진단급여금(최초 1회에 한함)
7. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 : 수술급여금
8. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 입원급여금
9. 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 영구치아를 상실했을 때 : 치아치료비

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 이 특약의 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 주계약의 보험대상자 중 보험가입증서(보험증권)상에 보험대상자(주피보험자)로 등록된 자가 사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 암(경계성종양, 기타피부암 , 상피내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우
3. 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해

이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우

② 암 진단확정시 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암 진단급여금을 지급하며, 차회 이후의 보험료 납입은 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 장해지급률이 재해일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해 판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일부터 2년이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태(사망포함)를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우 각각 그중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항 및 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.

⑩ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 다른 재해로 인하여 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 보험대상자(피보험자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제10항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해보험금이 지급되지 않았던 장해

⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100% 한도로 합니다.

⑬ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제6호의 진단급여금은 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

⑭ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제7호의 경우 회사는 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

⑮ 제14항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

⑯ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

⑰ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호의 경우 보험대상자(피보험자)가 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제16항을 적용합니다. 그러나, 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑱ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제8호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 끝났거나 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실한 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제17항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.

⑲ 제18항 및 제16조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제8호의 경우 계

속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
⑳ 제16조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제8호에서 보험대상자(피보험자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
㉑ 제16조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제8호에서 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
㉒ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제9호의 경우 가입당시의 영구치아고지서에 의한 건강한 영구치아 및 보장개시일 이후 돌출한 영구치아에 한하여 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 가입당시의 영구치아를 재해로 인하여 상실한 경우에는 영구치아 건강상태에 관계없이 보장을 합니다.
㉓ 보험대상자(피보험자)가 사망하고 그 후에 암, 상피내암, 경계성종양 또는 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제6호의 진단급여금 중 그 질병에 해당하는 진단급여금을 지급합니다.
㉔ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 만 15세 미만에서 사망하였을 경우에는 이미 납입한 특약보험료와 책임준비금 중 큰 금액을 지급합니다.

제18조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제19조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해약환급금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 진단서(암, 상피내암, 경계성종양, 기타피부암), 수술 확인서, 입원 확인서, 장해진단서 등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관

발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 수령 및 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제20조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제19조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 회사의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 제18조(해약환급금) 제1항의 규정에 의한 해약환급금은 주계약 약관에서 정한 소멸시효기간 내에서 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 지급청구일 다음날부터 지급기일까지의 기간 : 이 특약의 예정이율 + 1%

제5관 기타사항

제21조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관을 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 사망보험금 (약관 제16조 제1호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 만 15세 이상에서 사망하였을 때
지급 금액	1,000만원

■ 장해급여금 (약관 제16조 제2호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 재해로 장해지급률이 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때
지급 금액	보험가입금액의 200% ×해당 장해지급률

■ 암진단급여금 (약관 제16조 제3호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원

■ 기타피부암 진단급여금 (약관 제16조 제4호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 50만원 경과기간 2년 이상 : 100만원

■ 상피내암진단급여금 (약관 제16조 제5호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 50만원 경과기간 2년 이상 : 100만원

■ 경계성종양진단급여금 (약관 제16조 제6호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)
지급 금액	경과기간 2년 미만 : 150만원 경과기간 2년 이상 : 300만원

■ 수술급여금 (약관 제16조 제7호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때
지급 금액	1종 수술 : 10만원 2종 수술 : 30만원 3종 수술 : 50만원 4종 수술 : 100만원 5종 수술 : 500만원 (수술 1회당)

■ 입원급여금 (약관 제16조 제8호)

지급 사유	이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(단, 1회 입원당 120일 한도)
지급 금액	1만원 (3일 초과 입원일수 1일당)

■ 치아치료비 (약관 제16조 제9호)

지급 사유	보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험기간 중 영구치아를 상실했을 때(단, 제3대구치 제외)
지급 금액	20만원 (영구치 1개당)

(주) 1. 경과기간은 계약일을 기준일로 하여 계산합니다.
2. 보험대상자(피보험자)가 만15세 미만에서 사망하였을 경우에는 이미 납입한 특약보험료와 책임준비금 중 큰 금액을 지급합니다.
3. 제10조("암" 및 "기타피부암"의 정의 및 진단 확정)에 따라 암의 정의에서 "기타피부암"은 제외되므로, 암으로 보험금 지급사유 발생시 암에 해당하는 급여금을 지급하고 "기타피부암"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

(별표2)

재해 분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

대상이 되는 악성신생물 분류표

(기타피부암 제외)

주계약 약관의 별표4(대상이 되는 악성신생물 분료퓨(기타피부암 제외))와 동일

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

주계약 약관의 별표5(상피내의 신생물 분류표)와 동일

(별표6)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

주계약 약관의 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)와 동일

(별표7)

질병 및 재해 분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해

② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병

② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병

③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우

④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우

⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우

⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인하여 입원한 경우

⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

㈜ ( ) 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함합니다.

(별표8)

수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술 분류표>

Ⅰ. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술 名	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부 이식술(移植術)[25㎠ 미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외]	3종
	2. 유방 절단술(切斷術. Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술[비중격 만곡증(彎曲症) 수술, 수면 중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨)·골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨)·흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢) 재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종

구분	수술 名	수술 종류
호흡기, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty)·혈관 우회술(迂回術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈)·대정맥(大靜脈)·폐동맥(肺動脈)·관동맥 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下 心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위·식도 수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종

구분	수술 名	수술 종류
소화기계의 수술	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야하며 수용자에 한함](단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 췌장이식에서 제외함)	5종
	38. 담도계 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊波碎石術,E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂) 절제술(충수염 관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔漏), 탈항(脫肛), 치핵(痔核)근본수술[근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계·생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외함]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술[경요도적 조작, 방광류교정술은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회에 급여를 한도로 함]	2종

구분	수술 名	수술 종류
비뇨기계·생식기계의 수술	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿瘻閉鎖, Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管)·정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮經管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠) 수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫)·질탈(膣脫) 수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的) 조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢) 수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적 적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선 (副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술[형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기(視覺器)의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症) 수술	1종
	69. 누소관(淚小管) 형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종

구분	수술 名	수술 종류
시각기(視覺器)의 수술	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착박리술(前後癒着剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser)·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술[시술 개시일부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구 적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍) 적출술	3종
	82. 안근(眼筋) 이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜)·고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞 削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술·또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	
	91-1. 뇌, 심장	3종
	91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1~90항의 수술 중 내시경(Fiberscope) 을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술 名	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암·경계성 종양에 대한 수술은 'Ⅰ.일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않음

<악성신생물 근치 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함
2. 고식적(姑息的), 보조적(補助的)·근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함

(수술・신생물 근치 방사선 조사분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 '의사"라 합니다.)가 보험대상자(피보험자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 < 수술・신생물 근치 방사선 조사분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다

5. <수술・신생물 근치 방사선 조사분류표>상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준.
   <수술 분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) <수술・신생물 근치 방사선 조사분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술・신생물 근치 방사선 조사분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단의 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개(頭蓋)강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

무배당 연금전환특약 약관

무배당 연금전환특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】
제 2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
제 3조【계약자의 임의 해지】
제 4조【특약의 보험기간】
제 5조【특약의 소멸】

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 6조【특약의 보험료 납입】

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 7조【보험금의 종류 및 지급사유】
제 8조【해약환급금의 지급】
제 9조【배당금의 지급】

제4관 보험금 지급 등의 절차

제10조【보험금 등 청구시 구비서류】
제11조【보험금 등의 지급】

제5관 기타사항

제12조【전환전 계약 약관 규정의 준용】

무배당 연금전환특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 “주된 보험계약”은 “전환전 계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 계약자가 선택한 연금지급 개시일로 합니다.[이하 보장개시일을 이 특약의 “계약일”로 봅니다] 이 경우 특약의 보장개시일부터 전환전 계약(부가된 특약 중 함께 전환하는 특약을 포함하며, 보험가입금액을 감액하여 전환하는 경우에는 감액된 부분에 대한 보험가입금액을 말합니다. 이하 같습니다.)은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

③ 계약자는 연금지급 개시일 전까지 다음에 정한 생존연금의 형태를 결정하여야 합니다.

종신연금	개인계약(정액형, 체증형, 소득보장형)
	부부계약(정액형, 체증형, 소득보장형)
확정연금형(5년, 10년, 15년, 20년)	
상속형	

제 2조【보험대상자(피보험자)의 범위】

① 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 개인계약, 부부계약에 따라 다음 각호와 같이 정합니다.

1. 개인계약의 경우 전환전 계약의 보험대상자(피보험자)[전환전 계약이 연생보험인 경우에는 전환전 계약의 보험대상자(피보험자) 또는 계약자 중 특약 체결시 계약자가 선택한 1인]로 합니다.
2. 부부계약의 경우 보험대상자(주피보험자)는 전환전 계약의 보험대상자(피보험자)[전환전 계약이 연생보험인 경우에는 전환전 계약의 보험대상자(피보험자) 또는 계약자 중 특약 체결시 계약자가 선택한 1인]로 하며, 추가 보험대상자(종피보험자)는 보험대상자(주피보험자)의 호적상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.[이하 “보험대상자(주피보험자)”와 “추가 보험대상자(종피보험자)”를 합하여 보험대상자(피보험자)라 합니다]

② 부부계약의 경우 추가 보험대상자(종피보험자)가 사망 이외의 원인(이혼 등)으로 제1항 제2호에 해당되지 아니하면 추가 보험대상자(종피보험자)의 자격을 더 이상 가지지 아니합니다.
③ 부부계약의 경우 새로이 제1항 제2호에 해당되는 보험대상자(피보험자)는 회사의 승낙을 얻어 그 해당된 날부터 추가 보험대상자(종피보험자)의 자격을 취득합니다. 그러나 추가 보험대상자(종피보험자)가 사망한 후 새로이 제1항 제2호에 해당되는 자는 추가 보험대상자(종피보험자)의 자격을 취득하지 아니합니다.
④ 제2항에도 불구하고 계약자가 자격상실일부터 3개월 이내에 자격을 상실한 추가 보험대상자(종피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어 회사에 신청서(회사양식)를 접수한 경우에 한하여 추가 보험대상자(종피보험자)의 자격을 상실시키지 아니합니다.

제 3조【계약자의 임의 해지】
계약자는 계약이 소멸되기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, (다만, 종신연금의 경우에는 제외합니다), 이 경우 회사는 제8조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 4조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 연금지급개시일로부터 종신연금 및 상속연금은 종신까지, 확정연금형은 최종연금 지급일까지입니다.

제 5조【특약의 소멸】
보험대상자(피보험자)의 사망[부부계약은 보험대상자(주피보험자)와 추가 보험대상자(종피보험자) 모두 사망]이나 확정연금의 확정연금 지급기간 종료 등으로 이 특약에서 정하는 보험금 지급사유가 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 6조【특약의 보험료 납입】
이 특약의 보험료 납입은 전환전 계약의 보험금, 해약환급금 및 기타 급여금의 일부 또는 전부를 전환후 계약의 일시납 보험료로 납입할 수 있습니다.(이하 “전환일시금”이라 합니다)

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제 7조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 연금지급개시일부터 매년 계약 해당일에 살아 있을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 연금지급형태에 따라 생존연금(별표1 “생존연금 지급기준표” 참조)을 지급하여 드립니다.

제 8조【해약환급금의 지급】
① 이 특약에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
② 해약환급금 계산시 적용되는 공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 당월말까지 1개월간 확정 적용 합니다. 이때 적용되는 공시이율은 보험계약일부터 경과기간 10년 이하는 연복리 2.5%, 10년 초과는 연복리 2.0%를 최저한도로 합니다

제 9조【배당금의 지급】
이 특약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제 10조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제10조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에

생존연금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 회사는 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에 해당하는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 알려드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표2> "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.
③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제5관 기타사항

제12조【전환전 계약 약관 규정의 준용】
① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대해서는 전환전 계약 약관의 규정을 따릅니다.
② 제1항에 불구하고 전환전 계약의 약관 중『보험계약대출』 및 『계약내용의 변경』등에 관한 사항은 적용하지 아니합니다.

(별표1)

생존연금 지급기준표

■ 생존연금(약관 제7조)

종신연금, 확정연금, 상속연금 중에서 계약자가 선택한 연금지급형태에 따라 다음과 같이 연금을 지급합니다.

가. 종신연금

1) 개인계약

지급사유		보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 매년 계약해당일에 살아 있을 때
지급액	정액형	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 기준으로 매년 동일한 연금액이 되도록 계산한 금액을 지급 (10회 보증지급)
	체증형	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 기준으로 10차년도까지는 직전년도 연금액을 체증률(5%, 10%)로 체증하고, 11차년 이후에는 10차년도 연금액과 동일한 연금액이 되도록 계산한 금액을 지급 (10회 보증지급)
	소득보장형	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 기준으로 연금개시 시점부터 10차년도 까지는 11차년도 이후 매년 동일하게 지급되는 연금액의 50% 또는 100%를 추가로 지급되도록 계산한 금액을 지급 (10회 보증지급)

2) 부부계약

주된 보험 대상자	**지급사유**		보험기간 중 보험대상자(주피보험자)가 매년 계약해당일에 살아 있을 때
	지급액	**정액형**	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 기준으로 매년 동일한 연금액이 되도록 계산한 금액을 지급 (10회 보증지급)
		체증형	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 기준으로 10차년도까지는 직전년도 연금액을 체증률(5%, 10%)로 체증하고, 11차년 이후에는 10차년도 연금액과 동일한 연금액이 되도록 계산한 금액을 지급 (10회 보증지급)
		소득 보장형	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 기준으로 연금개시 시점부터 10차년도 까지는 11차년도 이후 매년 동일하게 지급되는 연금액의 50% 또는 100%를 추가로 지급되도록 계산한 금액을 지급 (10회 보증지급)
추가 보험 대상자	**지급 사유**		보험기간 중 보험대상자(주피보험자)가 사망하고 매년 보험계약해당일에 추가 보험대상자(종피보험자)가 살아있을 때 (단, 10회 보증지급 기간 내에 보험대상자(주피보험자)가 사망한 경우에는 11차년도 부터 지급)
	지급액		보험대상자(주피보험자)가 11차년도 생존시 지급되는 연금해당액의 50%를 지급

나. 확정연금

지급사유	보험기간 중 확정된 연금지급기간(5년, 10년, 15년, 20년)의 매년 계약해당일에 지급
지급액	연금지급 개시 시점의 연금계약의 책임준비금을 기준으로 계산한 연금액을 확정된 연금지급기간 동안 지급

다. 상속연금

지급사유	보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 매년 계약해당일에 살아 있을 때
지급액	연금지급 개시 시점의 전환일시금을 공시이율에 의하여 계산한 이자를 연금액으로 지급 하며, 보험대상자(피보험자) 사망시에는 사망시점의 책임준비금 지급 [단, 상속연금의 지급시기는 연단위 연금연액을 선택한 경우에는 연금지급개시일로부터 만1년이 되는 날부터 매년 지급하며, 분할 지급을 선택한 경우에는 연금지급개시일부터 월 선택시에는 만1개월이 되는 날부터 매월, 3개월 선택시에는 만3개월이 경과된 날부터 매3개월마다, 6개월 선택시에는 만6개월 경과시점부터 매6개월마다 지급]

㈜ 1. 생존연금은 「공시이율」을 적용하여 계산되므로 「공시이율」이 변경되면 매년 지급되는 생존연금도 변경됩니다.

2. 「공시이율」(보험계약일부터 경과기간 10년 이하는 연복리 2.5%, 10년 초과는 연복리 2.0%를 최저보증)은 매월 1일 회사가 정한 이율로 합니다..

3. 종신연금 체증형의 경우에는 연금지급 개시시점의 공시이율로 계산된 연금연액을 기준으로 체증(5%, 10%)하므로 실제 공시이율의 변동에 따라 전년도 연금액의 일정 체증률 보다 적게 지급될 수 있습니다.

4. 종신연금의 경우 생존연금 지급 개시 후 10회 보증지급기간 중 보험대상자(주피보험자) 사망시에는 10회까지의 미지급된 연금액을 연금지급 해당일에 지급하여 드립니다.

5. 확정연금의 경우 생존연금 지급 개시 후 확정된 연금지급기간(5년, 10년, 15년, 20년) 중 보험대상자(피보험자)가 사망시에도 각 연금지급횟수(5회, 10회, 15회, 20회)까지의 미지급된 각 연금액을 연금지급 해당일에 지급하여 드립니다.

6. 위의 제4호 및 제5호의 경우 보증지급기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망할 경우에는 미지급된 생존연금을 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 할인하여 일시금으로 선지급 할 수 있습니다.

7. 생존연금을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급할 경우에는 「공시이율」로 월, 3개월, 6개월 이율로 적립한 금액을 더하여 드립니다.

(별표2)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(약관 제11조 2항 관련)

■ 생존연금(약관 제7조)

<table>
<tr><td>적립
기간</td><td colspan="3">보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간</td></tr>
<tr><td rowspan="3">지급
이자</td><td>회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우</td><td colspan="2">공시이율</td></tr>
<tr><td rowspan="2">회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우</td><td>보험금지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간</td><td>공시이율</td></tr>
<tr><td>보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간</td><td>
<table>
<tr><td>1년 이내</td><td>공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과 기간</td><td>1%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

적립 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	공시이율 + 1%

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

■ **해약환급금(약관 제8조 제1항)**

적립 기간	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	
지급 이자	1년이내	공시이율의 50%
	1년초과기간	1%

적립 기간	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간
지급 이자	공시이율 + 1%

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 일자 계산하며, 주계약 약관에 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

특별조건부특약　약관

특별조건부특약

제 1 조 【보험계약의 성립】
제 2 조 【특약의 내용】
제 3 조 【특약의 부가조건】
제 4 조 【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】
제 5 조 【특약내용의 변경】
제 6 조 【주계약 약관 규정의 준용】

특별조건부특약 약관

제 1조【보험계약의 성립】

① 이 특약은 보험계약을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 진단결과 보험회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정할 때에 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. 이 특약에서 "보험계약"이라 함은 주된 보험계약과 특약이 부가된 경우에는 특약을 포함한 것을 말하며, "주된 보험계약"은 "주계약"이라 합니다.

② 특약을 연생보험에 부가할 경우 이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 계약자 또는 보험대상자(주피보험자)[주계약의 계약자와 보험대상자(주피보험자)가 상이할 경우에는 보험대상자(주피보험자)]로 합니다.

③ 특약에 대한 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조【특약의 내용】

이 특약은 보험대상자(피보험자)의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제 3조【특약의 부가조건】

① 특약에 의하여 부가하는 계약조건은 보험대상자(피보험자)의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

   할증위험률(割增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약체결시 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생하였을 때에는 보험계약에 정한 보험금을 지급합니다.

2. 보험금감액법

   계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 보험계약의 규정에 정하는 재해 이외의 원인으로 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 보험계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간에 따라 다음과 같이 보험금을 지급합니다.

경과기간	기준	삭감기간				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	보험계약에 정한 지급 보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만			60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만				75%	60%	45%
3년이상 4년미만					80%	60%
4년이상 5년미만						80%

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 보험대상자(피보험자)가 사망[보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항에 준하는 사유로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.]하거나 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 아니하고 보험계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다.

3. 연령가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이 간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 보험대상자(피보험자)의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정할 때 n년증이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(倂用)할 수 있습니다.

② 제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의하여 계약에 부가된 조건을 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 4조【특약의 보험기간 및 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제 5조【특약내용의 변경】

이 특약은 주계약의 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용은 변경할 수 없습니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

제 6조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 따로 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

특별조건부인수특약　약관

특별조건부인수특약 약관

제 1 조 【특약의 체결 및 소멸】
제 2 조 【특별면책조건의 내용】
제 3 조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】
제 4 조 【주계약 약관 규정의 준용】

특별조건부인수특약 약관

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다.)

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 주계약이 해지되거나, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

④ 주계약 및 특약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제 2조 【특약면책조건의 내용】

① 주계약에 이 특약을 부가할 때 보험대상자(피보험자)의 건강상태에 따라서 1종의 경우에는 제2항 제1호의 조건을 부가하고 2종의 경우에는 제2항 제1호 및 제 2호의 조건을 부가합니다.

② 이 특약에서 정한 면책기간중에 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.

다만, 보험대상자(피보험자)가 사망하거나 장해분류표(별표4 “장해분류표” 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표3 “재해분류표”에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되어 보험금등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

1. 별표1 "특정부위분류표"중에서 회사가 지정한 부위(이하"특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병

2. 별표2 "특정질병분류표"중에서회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

③ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다.
다만 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 (단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정 질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우

⑤ 보험대상자(피보험자)가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑥ 보험대상자(피보험자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑦ 제2항의 특정부위와 특정 질병은 2개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 【효력상실된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항의 규정을 따릅니다.

제4조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

특정부위 분류표

분류번호	특정부위의 명칭
1	위, 십이지장 또는 공장
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3	직장 또는 항문
4	간장, 담낭 또는 담관
5	췌장
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7	코(외비, 비강 또는 부비강 포함)
8	인두 또는 후두
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선
10	귀(외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 또는 유양돌기 포함)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12	신장
13	요관, 방광 또는 요도
14	전립선
15	유방(유선 포함)
16	자궁(이상분만의 경우 포함)
17	난소 또는 난관
18	고환(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상샘
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	선골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24	좌견관절부
25	우견관절부
26	좌고관절부
27	우고관절부
28	좌상지(좌견관절부 제외)
29	우상지(우견관절부 제외)
30	좌하지(좌고관절부 제외)
31	우하지(우고관절부 제외)
32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33	서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34	식도
35	대장(맹장 및 직장 제외)
36	피부(두피 및 입술포함)
37	수골(手骨)
38	족골(足骨)
39	상·하악골(上·下顎骨)

(별표2)

특정질병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 특정질병으로 분류된 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2002-1호,2003.1.1시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

병 명	분류번호	세부내용
심장질환	I00~I02, I05~I09, I20~I25, I26~I28, I30~I52	
뇌혈과질환	I60~I69	
당뇨병	E10~E14	
고혈압	I10~I14	
결 핵	A15~A19 , B90	
담석증	K 80	담석증
요로결석증	N 20	신장 및 요관의 결석
	N 21	하부 요로의 결석
	N 23	상세불명의 신성 산통
임신중독증	O 11	부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압
	O 12	고혈압을 동반하지 않은 임신성 부종 및 단백뇨
	O 13	의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성 고혈압
	O 14	의미 있는 단백뇨를 동반한 임신성 고혈압
	O 15	자간증
골관절증 및 류마토이드 관절염	M 05	혈청검사 양성인 류마토이드 관절염
	M 06	기타 류마토이드 관절염
	M 08	연소자성 관절염
	M 15	다발성 관절염
	M 16	고관절증
	M 17	무릎관절증
	M 18	제 1수근중수 관절의 관절증
	M 19	기타 관절증
척추만곡증	M 40	척추후만증 및 척추전만증
	M 41	척추측만증

※ 제5차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표3)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표4)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

단체취급특약　약관

단체취급특약 약관

제 1 조【단체취급특약의 적용범위】
제 2 조【대표자의 선정】
제 3 조【보험요율의 적용】
제 4 조【보험료의 납입】
제 5 조【단체취급특약의 소멸】
제 6 조【보통보험 약관의 준용】

단체취급특약 약관

제 1 조【단체취급특약의 적용범위】

이 단체취급 특별협약(이하 "단체취급특약" 이라 합니다) 은 보통보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 특약을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 다음과 같은 조건을 만족하는 보통보험계약에 한하여 적용합니다.

1. 보통보험계약의 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다) 또는 보험대상자(피보험자)가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 합니다.
   가. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용 하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
   나. 비영리법인단체 또는 동업자단체(번호사회, 의사회 등)로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
2. 단체취급특약의 적용을 받는 인원수는 동일단체 (이하 "단체"라 합니다)에 소속한 보통보험 계약의 계약자수 또는 단체의 대표자를 계약자로 하고 단체소속원을 보험대상자(피보험자)로 하는 보통보험계약의 보험대상자(피보험자)수가 5인 이상이어야 합니다.

제 2 조【대표자의 선정】

대표자는 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는 자로 합니다.

제 3 조【보험요율의 적용】

이 단체취급특약이 부가된 경우에는 사업방법서에서 정한 바에 따라 계산된 단체취급 보험요율을 적용합니다.

제 4 조【보험료의 납입】

① 보험료는 단체와 우리회사(이하 "회사"라 합니다)가 정한 날에 대표자가 일괄하여 납입하여야 합니다.

② 회사는 납입보험료에 대한 영수증을 대표자에게 교부합니다. 다만, 단체의 요구가 있을 경우에는 개별영수증을 발행할 수 있습니다.

제 5 조【단체취급특약의 소멸】

① 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 때에 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니하며 보통보험약관의 규정을 장래에 향하여 적용합니다.

1. 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 소속단체를 탈퇴하였을 때
2. 보험료를 일괄하여 납입하지 아니하였을 때
   다만, 보험료 납입방법을 자동이체로 전환하여 보험료가 입금되었을 때는 일괄납입으로 간주합니다.
3. 제1조(단체취급특약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 납입 인원수가 5명 미만으로 되고 그 후 6개월이 지나고도 5명 이상이 되지 아니하였을 때

② 제1항 제1호 또는 제2호의 경우에는 당해 계약자 또는 보험대상자(피보험자)에 대하여, 제3호의 경우에는 단체취급계약 전부에 대하여 이 단체취급특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

③ 제1항의 규정에 의하여 이 단체취급특약이 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 차회 이후의 보험료는 보통보험계약에 의한 보험료를 납입하여야 합니다.

제 6 조【보통보험 약관의 준용】

이 단체취급특약에 별도로 정하지 아니한 사항은 보통보험 약관의 규정을 따릅니다.