

외국인의료관광여행보험

(약관분류코드 : 8170-0000-20260101)





보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약에 대하여 계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 보험금 지급이나 보험료납입 관련 등 중요사항에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.



한눈에 보는 현대해상 약관 구성

약관 간편 설명서

다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험용어 해설, 보험계약 관련 유의사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다.

보통약관

보험계약에서 기본계약에 포함된 사항들을 공통적으로 정해놓은 기본 약관입니다.

특별약관

보통약관에서 정한 기본적인 사항 이외에 계약자가 선택하여 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 추가 안내하는 약관입니다.

별표 및 인용 법규

약관이해를 돕기 위한 별표, 관련 법규 등을 안내한 자료입니다.



더 자세히 알기 쉬운 설명을 위해 참고하세요!



【 유의사항 】

약관 해당 조항에 덧붙여 계약자가 유의하여 할 사항에 대해 안내해 드립니다.



【 용어해설 】

약관 내용과 관련된 어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내해 드립니다.



【 예시안내 】

도표, 그림, 계산법 활용 등의 예시를 통하여 쉽게 풀이하여 설명해 드립니다.



【 관련법규 】

약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세하게 안내해 드립니다.



기타 문의사항

가입하신 계약관련 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.hi.co.kr) 또는 고객센터 1588-5656 를 통해 더욱 편리하게 문의하실 수 있습니다.

약관 간편 설명서

주요내용

1. 보험용어 해설	3
2. 주요내용 요약서.....	4
3. 계약자 유의사항.....	9
4. 보험금 청구 및 지급절차 안내.....	10
5. 자주 발생하는 민원 예시	12
6. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기	13

약관 간편 설명서

1. 보험용어해설

용어	해설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것입니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험가액	재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다. (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험기간	회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.
보험년도	보험계약일로부터 매 1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다.

이 보험용어 해설의 용어는 보장의 특성에 따라 의미가 상이하므로
기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 참고해주세요.

약관 간편 설명서

2. 보험계약 이해를 위한 주요내용 요약서



가. 자필서명

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



나. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제 1 회 보험료를 돌려드립니다. 다만, 아래의 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90 일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약
4. 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약

다. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

라. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 상해보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우 다만, 단체계약의 경우는 제외
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약을 맺을 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

마. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 14 일(보험기간이 1 년 미만일 경우에는 7 일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.



바. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 약관에서 정한 보험료의 환급 조항에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.



사. 계약전 알릴의무 및 위반시 효과

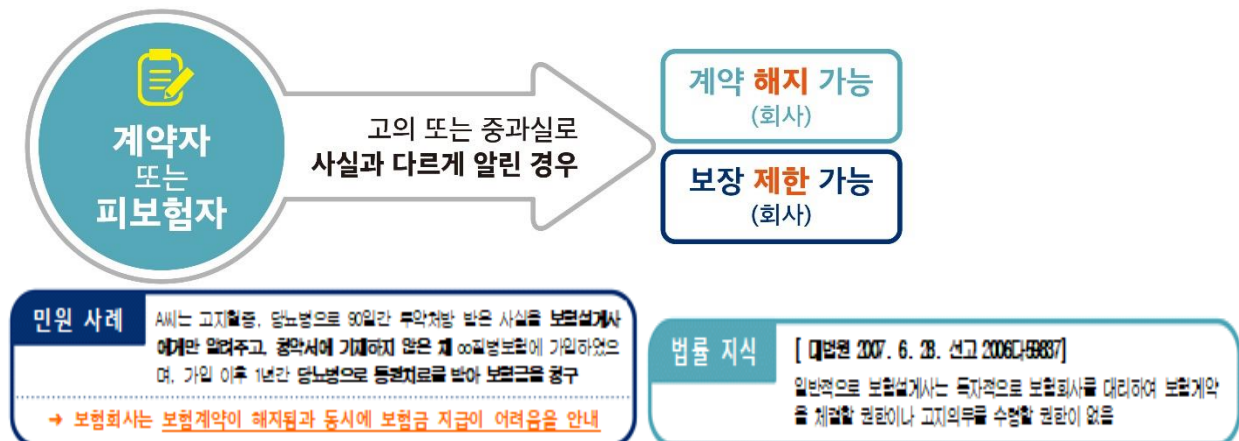
보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고
자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.



※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.



아. 계약후 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

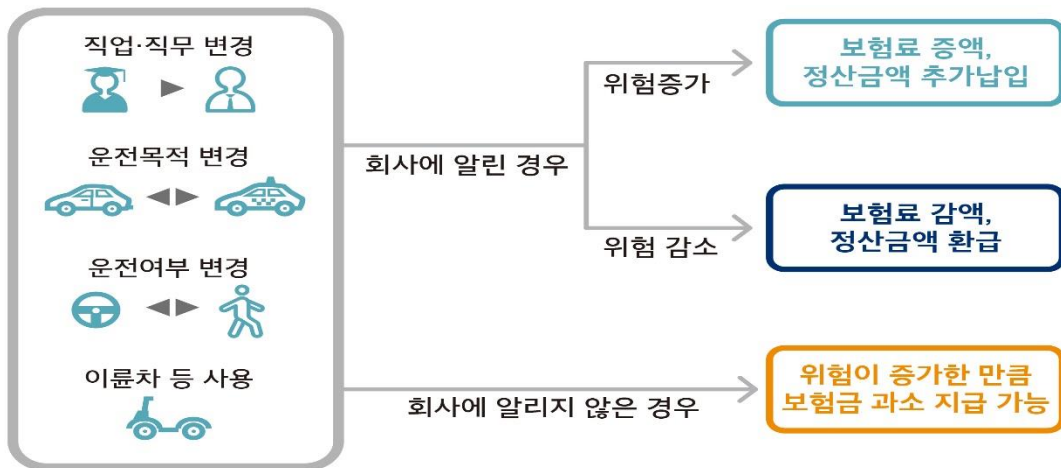
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우.

※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



자. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3 영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다.

다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한

보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다. 만약 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

이 보험계약 이해를 위한 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

약관 간편 설명서

3. 계약자 유의사항

가. 보험계약 관련 유의할 사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

○ 타인을 위한 계약(재물 및 배상책임 관련 보장)

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

나. 보험금 지급관련 유의할 사항

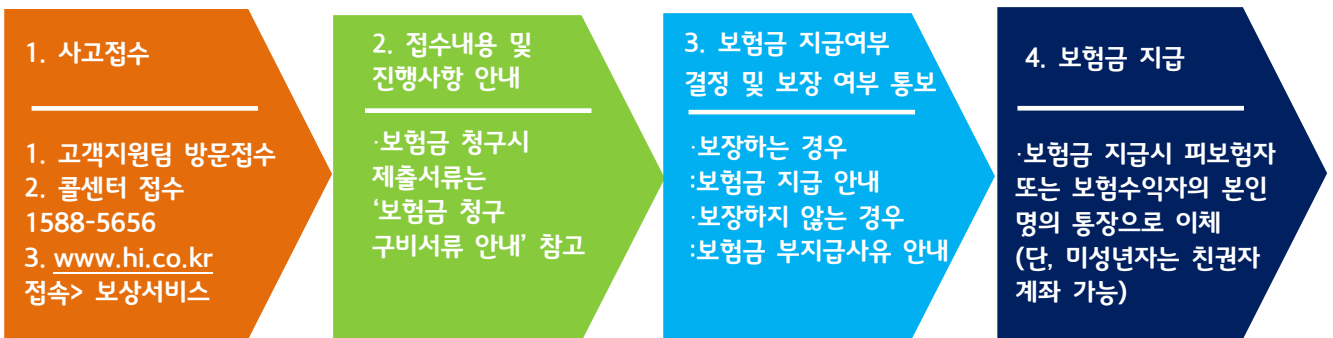
○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

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

이 계약 체결과 보험금 지급 관련 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

약관 간편 설명서

4. 보험금 청구 및 지급절차 안내



○ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)

○ 보험금 지급심사 위탁

- 「금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정」 제3조(업무위탁 등)에 의하면 ‘금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다’라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

○ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)

- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 의료심사

- 상해 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.

- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 문자전송)가 이루어집니다.

- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.

- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.

- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1588-5656

○ 분쟁조정신청

- 보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 우리 회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

※ 금융감독원 금융민원센터

• 전화 : 국번없이 1332

• 인터넷 주소 : www.fcsc.kr

※ 손해보험협회 보험상담소

• 전화 : (02)3702-8500

• 인터넷 주소 : www.knia.or.kr

※ 소비자상담센터

• 전화 : 국번없이 1372

• 인터넷 주소 : www.cnn.go.kr

5. 자주발생하는 민원 예시

<사례 1> 제가 청약한 내용과 나중에 받은 보험증권 내용이 달라요

(사례)

A씨는 계약 체결 후 증권을 확인하는 과정에서 청약시 안내받은 사항과 다른 점을 발견하여 불만을 제기하였습니다.



(유의 사항)

고객님께서 청약한 내용과 계약사항이 상이한 경우가 발생하지 않도록 청약서에 명기된 납입기간, 보험기간, 보험료, 보장내용 등이 청약한 내용과 일치하는지 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

<사례 2>

(사례)

A씨는 얼마전 분납으로 계약한 보험계약에 대한 미납 안내 문자를 받았습니다. 보험을 유지하고 싶으면 어떻게 해야 할지 궁금해졌습니다.

(유의 사항)

보험료 분납 조건으로 계약시, 잔고가 안정적으로 유지되는 계좌를 설정해주시기 바랍니다. 분납 보험료 납입 일에 보험료를 미납하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에는 회사로 연락해 납입 최고 기간(14 일, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 내에 미납 보험료를 납입하시기 바랍니다.

6. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기

○ 청약을 철회하고 싶어요

제18조 (청약의 철회)..... 28

○ 계약 해지에 대해 알려주세요

제29조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 33

○ 보험료를 납입할 때에 유의할 사항이 있나요?

제24조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 32

제25조 (제2회 이후 보험료의 납입) 32

○ 보험료 납입이 연체 되었어요

제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 32

제27조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 33

○ 보험금 지급에 관해 알려주세요

제3조 (보험금의 지급사유) 19

제4조 (보험금 지급에 관한 세부 규정) 19

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)..... 21

목 차

외국인의료관광여행보험 보통약관.....	17
제 1 관 목적 및 용어의 정의.....	18
제 1 조(목적)	18
제 2 조(용어의 정의)	18
제 2 관 보험금의 지급.....	19
제 3 조(보험금의 지급사유)	19
제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)	19
제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)	21
제 6 조(보험금 지급사유의 통지)	22
제 7 조(보험금의 청구)	22
제 8 조(보험금의 지급절차)	22
제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)	24
제 10 조(주소변경통지)	24
제 11 조(보험수익자의 지정)	24
제 12 조(대표자의 지정)	24
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	25
제 13 조(계약 전 알릴 의무)	25
제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)	25
제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)	27
제 16 조(사기에 의한 계약)	27
제 4 관 보험계약의 성립과 유지.....	28
제 17 조(보험계약의 성립)	28
제 18 조(청약의 철회)	28
제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)	29
제 20 조(계약의 무효)	30
제 21 조(계약내용의 변경 등)	30
제 22 조(보험나이 등)	31
제 23 조(계약의 소멸)	31
제 5 관 보험료의 납입.....	31
제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)	32
제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)	32

제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	32
제 27 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	33
제 28 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	33
제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등.....	33
제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	34
제 29 조의 2(위법계약의 해지)	34
제 30 조(중대사유로 인한 해지)	34
제 31 조(회사의 파산선고와 해지)	34
제 32 조(보험료의 환급)	34
제 7 관 분쟁의 조정 등	35
제 33 조(분쟁의 조정)	35
제 34 조(관할법원)	35
제 35 조(소멸시효)	35
제 36 조(약관의 해석)	35
제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	36
제 38 조(회사의 손해배상책임)	36
제 39 조(개인정보보호)	36
제 40 조(준거법)	36
제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)	36
외국인의료관광여행보험 특별약관.....	38
성형수술중 사망·후유장해보장 특별약관	38
성형시술중 사망·후유장해보장 특별약관	39
성형수술 부작용으로 인한 재수술비보장 특별약관	40
성형수술 부작용으로 인한 재수술 입원일당보장 특별약관	41
성형수술 부작용으로 인한 재방문 항공료보장 특별약관	42
성형수술 부작용으로 인한 재수술 영문진단서발급비보장 특별약관	43
성형시술 부작용으로 인한 재수술비보장 특별약관	44
성형시술 부작용으로 인한 재수술 입원일당보장 특별약관	44
성형시술 부작용으로 인한 재방문 항공료보장 특별약관	45
성형시술 부작용으로 인한 재수술 영문진단서발급비보장 특별약관	46
의료사고법률비용보장 특별약관	47
사망위험보장제외 특별약관	47
후유장해위험보장제외 특별약관	48
단체계약 특별약관	48
단체계약 보험기간설정에관한 추가특별약관	49

단체취급계약 특별약관	50
단체취급계약 보험기간설정에관한 추가특별약관	51
상품다수구매자 보험계약 특별약관	51
상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관	52
상품다수구매자 보험기간 설정에 관한 추가특별약관	54
보험료정산 특별약관 I	54
포괄계약 특별약관 II	55
()보험금만의 지급 특별약관	56
지정대리청구서비스 특별약관	56
전자서명 특별약관	57

별 표 59

【별표 1】 장해분류표	59
【별표 2】 국내여행통지	78

법 규 79

특별약관 목차(가나다 순)

(기호)

()보험금만의 지급 특별약관	55
------------------	----

(ㄷ)

단체계약 보험기간설정에 관한 추가특별약관	48
단체계약 특별약관	47
단체취급계약 보험기간설정에 관한 추가특별약관	50
단체취급계약 특별약관	49

(보)

보험료정산 특별약관 I	53
--------------	----

(사)

사망위험보장제외 특별약관	46
상품다수구매자 보험계약 특별약관	50
상품다수구매자 보험기간 설정에 관한 추가특별약관	53
상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관	51
성형수술 부작용으로 인한 재방문 항공료보장 특별약관	41
성형수술 부작용으로 인한 재수술 영문진단서발급비보장 특별약관	42
성형수술 부작용으로 인한 재수술 입원일당보장 특별약관	40
성형수술 부작용으로 인한 재수술비보장 특별약관	39
성형수술 중 사망·후유장해보장 특별약관	37
성형수술 부작용으로 인한 재방문 항공료보장 특별약관	44
성형수술 부작용으로 인한 재수술 영문진단서발급비보장 특별약관	45
성형수술 부작용으로 인한 재수술 입원일당보장 특별약관	43
성형수술 부작용으로 인한 재수술비보장 특별약관	43
성형수술 중 사망·후유장해보장 특별약관	38

(의)

의료사고법률비용보장 특별약관	46
-----------------	----

(전자)

전자서명 특별약관	56
지정대리청구서비스 특별약관	55

(포괄)

포괄계약 특별약관 II	54
--------------	----

(후유)

후유장해위험보장제외 특별약관	47
-----------------	----

외국인의료관광여행보험 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람으로 아래의 외국인 환자로 한정합니다.
 - 외국인 환자 : 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제 2 조 제 2 호에 따라 「국민건강보험법」 제 109 조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외합니다.) 환자

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 장해: 【별표 1】장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

[용어해설]

<보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증>

회사의 인수기준에 따라 보장내용의 보험가입금액을 일정금액 이하로 낮추거나 일부 보장내용의 가입을 거절하거나 알릴 의무와 관련하여 보험금을 삭감하거나 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료를 할증하는 것을 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

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

[예시안내]

<연단위 복리 계산법>

100 원(원금) + 100 원 × 10%(1 년차 이자) + [100 원 + 100 원 × 10%] × 10%(2 년차 이자) = 총 121 원

- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 연도별 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

[관련법규]

<관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조>

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일

2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
 - ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
 - ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.
- ※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 보험증권에 기재된 국내여행 도중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)
: 사망보험금
 2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(별표 1 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
: 후유장해보험금
- ② 제1항의 국내여행 도중이라 함은 아래의 경우를 말합니다.
 1. 국내거주자가 국내여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지
 2. 국외거주자가 국내여행을 목적으로 국내의 공항이나 부두에 도착하여 여행을 마치고 출국을 위해 항공기나 선박에 탑승하기 직전까지

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[용어해설]

<실종선고>

어떤사람이 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 민법 제 27 조(실종의 선고)를 따릅니다.

[관련법규]

<민법 제 27 조(실종의 선고)>

- ① 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[관련법규]

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률>

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.

1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제 18 조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

- ③ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표【별표 1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제 3 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[관련법규]

<의료법 제 3 조(의료기관) 내지 제 3 조의 3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원>

100 개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 8 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

[예시안내]

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1 이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02 이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

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

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

[용어해설]

<습관성 유산, 불임 및 인공수정>

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98 에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제 3 조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 성형수술을 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우
 2. 국내여행 이전에 발생한 질병이나 상해를 치료하기 위한 수술을 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우. 단, 국내여행중에 발생한 상해나 질병으로 인한 수술로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

[용어해설]

<수술의 정의와 장소>

- ① ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제 1 항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

- ③ 제 1 항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제 1 항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 피임(避妊) 목적의 수술
 5. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 6. 제 1 항 내지 제 3 항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

<시술>

‘시술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하는 행위를 뜻하며 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하지 않는 것을 말합니다.

<성형수술>

신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 미용 또는 이에 준한 것을 목적으로 한 의료행위로 눈꺼풀수술, 코수술, 지방이식술 등 수술을 말합니다. 단, 보톡스주사, 박피술, 필러주사, 레이저시술 등 비수술적인 시술의 경우 성형수술에서 제외합니다.

<성형시술>

신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 미용 또는 이에 준한 것을 목적으로 한 의료행위로 보톡스주사, 박피술, 필러주사, 레이저시술 등 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하지 않는 행위를 말합니다.

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(수술확인서, 진료비계산서, 사망진단서, 장애인단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

[관련법규]

※ 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- ◆ 의원급 의료기관: 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- ◆ 병원급 의료기관: 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- ◆ 조산원: 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제 8 조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하며, 배상책임손해 및

재산손해에 관한 보험금은 보험금 청구서류를 접수 받은 후 지체없이 결정하고 그 보험금이 결정되면 7 일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제 1 항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제 7 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

[용어해설]

<분쟁조정제도>

주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아 의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

- ③ 제 2 항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제 2 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[용어해설]

< 가지급보험금 >

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 배상책임 및 재산손해 보장의 경우 제 1 항에 의하여 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑧ 회사는 제 7 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)

지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
----------------	----------------------

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유로 인정하는 경우>

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

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

[예시안내]

<일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우 예시>

(가정: 2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 100 만원을 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 지급액 = 50 만원

2024.1.1 지급액 = 50 만원 + (50 만원 X 5%) = 52.5 만원

<나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우 예시>

(가정: 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급할 보험금을 2023.1.1 에 일시에 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 = 50 만원 + 50 만원/(1+5%)
= 97.62 만원

제 10 조(주소변경통지)

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

제 11 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 항 제 2 호의 경우는 피보험자로 합니다.

[용어해설]

<법정상속인>

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제 12 조(대표자의 지정)

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

[유의사항]

<계약자가 2명 이상인 경우>

계약자가 2명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약채결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.

*연대란, 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[관련법규]

<상법에 따른 "고지의무">

※ 상법 제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.

※ 상법 제 651 조의 2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

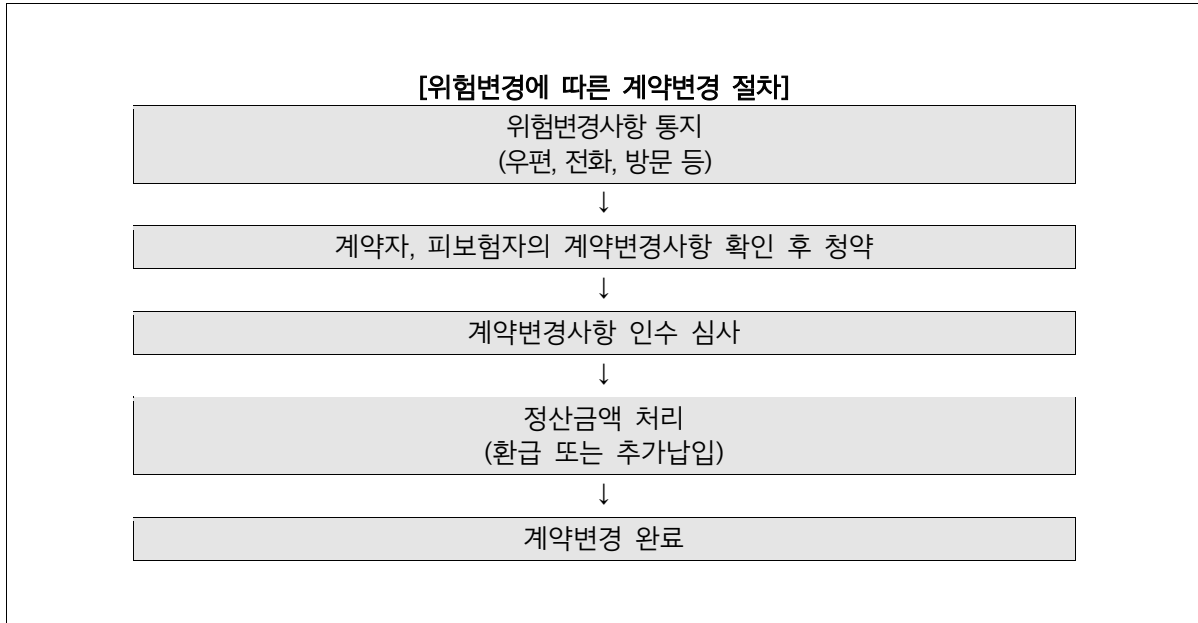
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

- ② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 21 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

[용어해설]

<계약자적립액>

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

- ④ 제 1 항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[용어해설]

<보험요율>

보험료를 산출하기 위하여 일정한 보험단위 또는 단위위험 당 적용된 비율로서 보험요율에 보험금액을 곱하게 될 경우 보험계약자가 지불하는 보험료가 됩니다.

[예시안내]

<보험금을 삭감하여 지급하는 경우 예시>

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

· 상해사망 가입금액 : 1 억원

· 상해사망 보험요율 : 1 급 0.3, 2 급 0.5

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

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

[용어해설]

<고의>

자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

<중대한 과실(중과실)>

주의의무의 위반이 현저한 과실, 『중대한 과실』, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반을 말합니다.

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제 1 항 제 1 호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

<해지>

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

- ③ 제 1 항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제 1 항 제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제 1 항 제 2 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 4 항 또는 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[유의사항]

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

제 16 조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 회사가 제 1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제 1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제 1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

<보험료>

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 요금을 말합니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

제 18 조(청약의 철회)

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

[용어해설]

<전문금융소비자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 2조(정의) 제 9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

[관련법규]

<금융소비자 보호에 관한 법률 제 2조(정의) 제 9호, 제 10호>

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 9 조제 15 항제 3 호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비를 말한다.

- ② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 ‘보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

[관련법규]

<금융소비자보호에 관한 법률 제 46 조(청약의 철회)에서 정한 청약철회 가능 기간>

일반금융소비자가 상법 제 640 조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15 일과 청약을 한 날부터 30 일 중 먼저 도래하는 기간

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

- ② 제 1 항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

[용어해설]

<약관의 중요한 내용>

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 19 조(설명 의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- ◆ 청약의 철회에 관한 사항
- ◆ 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- ◆ 고지의무 위반의 효과

- ◆ 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- ◆ 해약환급금에 관한 사항
- ◆ 분쟁조정절차에 관한 사항
- ◆ 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<자필서명>

계약자가 성명기입란에 본인 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

※ 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명

: 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

- ④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 20 조(계약의 무효)

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령에 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

[용어해설]

<심신상실자>

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

<심신박약자>

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 21 조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부

5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[유의사항]

<계약자의 보험수익자 변경 통지>

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

- ③ 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

[용어해설]

<사업방법서>

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야하는 기초서류의 하나로써, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다.

- ④ 회사는 계약자가 제 1 항 제 5 호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ⑥ 회사는 제 1 항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[유의사항]

<보험가입금액 등의 감액시 환급금>

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 22 조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 20 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

[예시안내]

<보험나이계산>

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

[유의사항]

계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

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

[유의사항]

청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

제 23 조(계약의 소멸)

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

제 5 관 보험료의 납입

제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

【보장개시일】

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

- ③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항 내지 제 3 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ③ 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제 4-36 조 제 3 항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
 1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제 3 호 및 제 4 호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

- ④ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

[용어해설]

<납입최고(독촉)>

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제 27 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제 26 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴의무), 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 17 조(보험계약의 성립) 및 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2 회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제 13 조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 28 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제 21 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

[용어해설]

< 타인을 위한 계약 >

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

- ② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[용어해설]

<강제집행과 담보권 실행>

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

<국세 및 지방세 체납처분 절차>

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 20 조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제 29 조의 2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

[용어해설]

<위법계약>

금융상품판매업자 등이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

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

[유의사항]

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

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

- ② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

[용어해설]

<고의>

자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

<중대한 과실(중과실)>

주의의무의 위반이 현저한 과실, 『중대한 과실』, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조치 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반을 말합니다.

- ② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 제1항 제2호에서 ‘계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유’라 함은 다음 각호를 말합니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
 2. 회사가 제16조(사기에 의한 계약), 제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제30조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
 3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
- ④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[설명]

보험사가 해지권을 행사하는 경우 ‘청구일’은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 34 조(관할법원)

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

제 35 조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[유의사항]

<소멸시효의 완성>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

보험금 지급사유가 2018년 1월 1일에 발생하였음에도 2021년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 36 조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

[용어해설]

<신의성실의 원칙>

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안 된다는 원칙(「민법」 제 2 조 제 1 항)

제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 38 조(회사의 손해배상책임)

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

[용어해설]

<현저하게 공정을 잃은 합의>

회사가 보험수익자의 경제적, 신체적, 정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일, 유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 39 조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 40 조(준거법)

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

제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

[용어해설]

<예금자보호제도>

예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로 부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

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

외국인의료관광여행보험 특별약관

성형수술중 사망·후유장해보상 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 위생관리, 외모개선을 위한 성형수술중 또는 그 수술의 직접결과로 수술 후 1년 이내에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 사망한 경우 : 사망보험금(질병으로 인한 사망은 제외합니다)
2. 장애분류표([별표1] 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장해보험금

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[용어해설]

<실종선고>

어떤사람이 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 민법 제 27 조(실종의 선고)를 따릅니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장애지급률이 성형수술일부부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 성형수술일부부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제 1 항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 해당 성형수술일부부터 1 년 이내)에 장애상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

⑤ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 성형수술로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 성형수술로 인하여 후유장애가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 8 항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한

후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 발생한 사고
7. 성형수술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
8. 성형수술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형시술중 사망·후유장해보상 특별약관

제 1 조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 위생관리, 외모개선을 위한 성형시술중 또는 그 시술의 직접결과로 시술 후 1년 이내에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 사망한 경우 : 사망보험금(질병으로 인한 사망은 제외합니다)
2. 장해분류표([별표 1]참조, 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[용어해설]

<실종선고>

어떤사람이 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 민법 제 27 조(실종의 선고)를 따릅니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 성형시술일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 성형시술일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 해당 성형시술일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

⑥ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 8 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

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

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 발생한 사고
7. 성형시술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
8. 성형시술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형수술 부작용으로 인한 재수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형수술을 받고, 그 수술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형수술일로부터 1년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 다시 수술을 받은 경우 피보험자가 부담한 수술비를 보험가입금액의 한도내에서 1 회에 한하여 피보험자에게 재수술비로 지급합니다.

② 제 1 항의 “최초의 성형수술”이라 함은 이전에 어떠한 수술이나 시술을 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형수술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형수술도 “최초의 성형수술”로 보지 않습니다.

③ 제 1 항의 “수술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 수술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 수술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 수술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 수술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 수술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “수술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형수술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형수술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(보험금의 분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 재수술비에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다

이 계약의 보상책임액	
손해액 x	다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형수술 부작용으로 인한 재수술 입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형수술을 받고, 그 수술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형수술일로부터 1 년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 다시 수술을 받고 그 수술로 인해 입원하는 경우 입원 1 일당 보험가입금액을 입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 입원일당의 지급일수는 (30)일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 “최초의 성형수술”이라 함은 이전에 어떠한 수술이나 시술을 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형수술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형수술도 “최초의 성형수술”로 보지 않습니다.

③ 제 1 항의 “수술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 수술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 수술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 수술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 수술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 수술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “수술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다.

- ④ 최초의 성형수술일로부터 1년 이내에 재수술을 여러 번 받는 경우 최초 1회의 재수술에 한하여 입원일당을 지급합니다.
- ⑤ 최초 1회의 재수술을 위하여 2회 이상 입원한 경우 최초 1회 입원에 한하여 일원일당을 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형수술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형수술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- ◎ 의사 : 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- ◎ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따릅니다.

성형수술 부작용으로 인한 재방문 항공료보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형수술을 받고, 그 수술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형수술일로부터 1년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 다시 수술을 받은 경우 그 수술을 받기 위해 피보험자가 부담한 재방문 항공료를 왕복 1회에 한하여 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 “재방문 항공료”는 피보험자가 최초의 성형수술일로부터 1년 이내에 재수술을 받기 위해 국내 의료기관에 재방문하여 발생한 실제 항공비용으로 왕복 1회에 한합니다.
- ③ 제 1 항의 “최초의 성형수술”이라 함은 이전에 어떠한 수술이나 시술을 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형수술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형수술도 “최초의 성형수술”로 보지 않습니다.
- ④ 제 1 항의 “수술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 수술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 수술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 수술 전에 설명해야 할 의무가 있는 사항과 수술 후 의학적인 판단에

따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 수술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “수술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형수술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형수술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형수술 부작용으로 인한 재수술 영문진단서발급비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형수술을 받고, 그 수술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형수술일로부터 1 년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 다시 수술을 받은 경우 피보험자가 부담한 영문진단서발급비에 대하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 “최초의 성형수술”이라 함은 이전에 어떠한 수술이나 시술을 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형수술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형수술도 “최초의 성형수술”로 보지 않습니다.
- ③ 제 1 항의 “수술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 수술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 수술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 수술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 수술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 수술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “수술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형수술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형수술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형수술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형시술 부작용으로 인한 재수술비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형시술을 받고, 그 시술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 시술일로부터 1 년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 수술을 받은 경우 피보험자가 부담한 수술비를 보험가입금액의 한도내에서 1 회에 한하여 피보험자에게 재수술비로 지급합니다.

② 제 1 항의 “최초의 성형시술”이라 함은 이전에 어떠한 수술 또는 시술 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형시술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형시술도 “최초의 성형시술”로 보지 않습니다.

③ 제 1 항의 “시술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 시술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 시술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 시술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 시술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 시술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “시술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형시술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형시술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(보험금의 분담)

① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 재수술비에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다

이 계약의 보상책임액	
손해액 x	다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형시술 부작용으로 인한 재수술 입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형시술을 받고, 그 시술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형시술일로부터 1 년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 수술을 받고 그 수술로 인해 입원하는

경우 입원 1 일당 보험가입금액을 입원일당으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 입원일당의 지급일수는 (30)일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 “최초의 성형시술”이라 함은 이전에 어떠한 수술 또는 시술 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형시술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형시술도 “최초의 성형시술”로 보지 않습니다.

③ 제 1 항의 “시술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 시술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 시술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 시술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 시술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 시술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “시술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다.

④ 최초의 성형시술일로부터 1 년 이내에 재수술을 여러 번 받는 경우 최초 1 회의 재수술에 한하여 입원일당을 지급합니다.

⑤ 최초 1 회의 재수술을 위하여 2 회 이상 입원한 경우 최초 1 회 입원에 한하여 일원일당을 지급합니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형시술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형시술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- ◎ 의사 : 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- ◎ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따릅니다.

성형시술 부작용으로 인한 재방문 항공료보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형시술을 받고, 그 시술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형시술일로부터 1 년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원

또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 수술을 받은 경우 그 수술을 받기 위해 피보험자가 부담한 재방문 항공료를 왕복 1 회에 한하여 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 “재방문 항공료”는 피보험자가 최초의 성형시술일로부터 1 년 이내에 재수술을 받기 위해 국내 의료기관에 재방문하여 발생한 실제 항공비용으로 왕복 1 회에 한합니다.

③ 제 1 항의 “최초의 성형시술”이라 함은 이전에 어떠한 수술 또는 시술 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형시술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형시술도 “최초의 성형시술”로 보지 않습니다.

④ 제 1 항의 “시술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 시술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 시술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 시술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 시술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 시술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “시술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형시술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형시술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

성형시술 부작용으로 인한 재수술 영문진단서발급비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 하나의 신체부위에 최초의 성형시술을 받고, 그 시술의 직접결과로 인한 부작용이 발생하여 최초의 성형시술일로부터 1 년 이내에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따라 동일한 부위에 수술을 받은 경우 피보험자가 부담한 영문진단서발급비에 대하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 1 회에 한하여 피보험자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 “최초의 성형시술”이라 함은 이전에 어떠한 수술 또는 시술 행하지 않은 신체부위에 최초로 행하는 성형시술을 말하며, 이전에 수술 또는 시술을 받은 부위를 일부 포함하는 성형시술도 “최초의 성형시술”로 보지 않습니다.

③ 제 1 항의 “시술의 직접결과로 인한 부작용”이라 함은 시술로 인하여 발생된 불가항력적인 결과로 시술 당시 의학수준으로 예상이 가능하여 의료진이 시술 전에 설명해야할 의무가 있는 사항과 시술 후 의학적인 판단에 따라 부작용으로 입증된 사항을 말합니다. 단, 피보험자의 수술결과에 대한 불만족, 의료과실은 “시술의 직접결과로 인한 부작용”으로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자에게 보험기간 이전에 받은 성형시술로 보험기간 중 부작용이 발생한 경우
2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우

3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자가 최초의 성형시술의 부작용이 아닌 미용(또는 심미적 개선) 목적으로 재수술하는 경우
5. 의사, 병원의 과실로 발생한 사고
6. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자의 임의해지에 따라 보험료를 환급받은 경우
7. 최초의 성형시술을 받은 후 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의해 계약이 해지되어 보험료를 환급받은 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고법률비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제 3 조에서 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1 심에 한하여 1 사고당 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고 법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 국내여행 중에 의료법 제 3 조에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보상합니다.
- ③ 제 1 항의 의료사고라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않은 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 의료법 제 3 조에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

제 2 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 발생한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 피보험자에게 계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
 2. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
 3. 계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제 3 조(보험금의 분담)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 의료사고법률비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다

이 계약의 보상책임액	
손해액 x	다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

사망위험보장제의 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 사망보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

후유장해위험보장제외 특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관(이하 “보통약관” 이라 합니다) 제 3 조(보험금의 지급사유) 및 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에 정한 규정에도 불구하고 후유장해보험금을 이 특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 특별약관

제 1 조(계약의 적용범위)

① 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제 1 종 단체

동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제 2 종 단체

비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

3. 제 3 종 단체

그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제 1 항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5 인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로써 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.

2. 제 1 항 제 2 호 및 제 3 호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제 2 조(상법 제 735 조 3 의 적용)

① 제 1 조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제 1 항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제 2 항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조(단체요율의 적용)

- ① 제 1 조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제 3 조 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.
- ② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 종료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(개별계약으로의 전환)

- ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.
- ② 제 1 항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조 (보험증권의 발급)

- ① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.
- ② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 보험기간설정에관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체취급계약 특별약관

제 1 조 (계약의 적용범위)

이 특별약관은 아래에 정한 단체를 제외한 5 인 이상의 단체를 대상으로 하는 계약(이하 "단체취급 계약"이라 합니다)을 체결하는 경우에는 한하여 적용합니다.

1. 제 1 종 단체(급여단체)

단체의 소속원이 그 단체로부터 일정한 급여를 지급 받는 관공서, 국영기업체, 기업체 및 공장 등의 5 인 이상의 단체

2. 제 2 종 단체(법정단체)

제 1 종 단체에 해당하지 않는 단체로서 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 법인 또는 조합 등의 5 인 이상의 단체

3. 제 3 종 단체(규약 단체)

제 1 종 및 제 2 종 단체에 해당되지 않는 단체로서 단체운영에 관한 주요사항이 규칙 또는 정관 등에 의하여 확정되어 있는 5 인 이상의 단체. 그러나 단순히 보험가입을 목적으로 조직된 단체는 이에 포함되지 않습니다.

4. 상품다수구매자 단체

상품판매자가 자기의 관리하에 운영, 유지되는 상품구매자(각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다) 다수를 피보험자로 하는 100 인 이상의 단체

제 2 조 (계약자)

- ① 제 1 조(계약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료전부 또는 일부를 부담하는 다수 계약자가 있는 경우에는 그 권한을 위임받아 대표계약자를 지정할 수 있습니다.
- ② 대표계약자는 개별 계약자를 대리하여 회사에 보험료를 납입하여야 하며, 회사는 보험증권, 약관, 납입보험료에 대한 영수증을 대표계약자에게 드립니다.
- ③ 제 1 항 내지 제 2 항에도 불구하고 개별 계약자는 다른 계약자의 권리를 침해하지 않는 범위에서 계약자의 권리와 의무를 행사할 수 있습니다.

제 3 조 (피보험자의 추가 감소 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체하고자 하는 경우에는 대표계약자, 개별 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 피보험자 감소하는 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 4 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체취급계약 보험기간설정에관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 단체취급계약 특별약관 제 3 조(피보험자의 추가, 감소 또는 교체)에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조(보험료의 납입)

- ③ 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 단체취급 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 보험계약 특별약관

제 1 조 (적용범위)

- ① 이 특별약관은 상품다수판매자가 자기의 관리하에 운영·유지되는 상품구매자 다수를 피보험자로 하여 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

- ② 제 1 항의 상품구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.
- ③ 제 1 항의 총 피보험자수는 100 명 이상이어야 합니다.

제 2 조 (계약자)

계약자는 제 1 조(적용범위)의 상품다수구매자 다수를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조 (보상한도액)

피보험자별 보상한도액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

제 4 조 (피보험자의 증가, 감소, 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 보험기간 중 피보험자의 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인해 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
- ③ 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항, 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 당해 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 5 조(약관 등의 교부)

회사는 계약자에게만 보험증권 및 약관을 교부하여 드립니다. 단, 회사가 필요한 경우 피보험자에게 보험증권 및 약관의 주요 내용을 요약한 요약 약관을 보내드릴 수 있습니다.

제 6 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 보험료정산 추가특별약관

제 1 조 (보험료의 정산)

- ① 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 "특별약관" 이라 합니다.) 제 4 조(피보험자의 증가, 감소, 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제 4 조(피보험자의 증가, 감소, 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조 (보험가입금액)

상품다수구매자 보험계약 특별약관 제 3 조(보상한도액)의 규정에 관계없이 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 3 조 (피보험자의 통지)

- ① 계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 아래 [양식 1]에 정한 양식으로 회사에 서면(팩시밀리를 포함합니다) 통지하여야 합니다.
- ② 회사의 보장은 제 1 항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하며 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3 일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 전산 자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간 단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.
 - 매주 □, - 매 6 개월 □, - 기타 □, ()

제 4 조 (보험료 정산기간)

계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간(이하 "정산기간"이라 합니다)이라 합니다

- ① 보험계약 기간중
 - 매주 □, - 매 6 개월 □, - 기타 □, ()
- ② 보험기간 종료후 □

제 5 조 (예치보험료)

계약자는 제 4 조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때 마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료(이하 "예치보험료"라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

제 6 조 (보험료의 정산방법)

- ① 계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.
- ② 회사는 보험기간중이나 보험기간 종료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 보험계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제 3 조에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7 일 이내에 제 5 조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.

제 7 조 (보험기간의 설정)

회사는 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 합니다. 다만, 이 계약기간 중에 피보험자 감소의 경우 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 8 조 (적용 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 9 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약 특별약관을 따릅니다.

[양식 1]

피보험자명 (보험대상자)	주민등록번호	주 소	전화번호	상품구입일	날 인

상품다수구매자 보험기간 설정에 관한 추가특별약관

제 1 조 (적용범위)

이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다) 제 4 조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조 (보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간 중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제 3 조 (보험료의 납입)

- ① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조 (준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자 보험계약 특별약관을 따릅니다.

보험료정산 특별약관 I

제 1 조 (보험료의 정산)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 이 특별약관에 따라 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조 (피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자의 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조 (예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 4 조 (보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자 수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 (10)일까지 전월말까지의 피보험자에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간 중이나 보험기간 종료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 종료와 동시에 제 1 호에 의한 피보험자 수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 5 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

포괄계약 특별약관 II

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 특정기간을 계약기간으로 하여 동기간에 계약자가 통지한 피보험자의 여행을 회사가 제 3 조(국내여행자의 통지)의 통지조건에 따라 포괄적으로 보장하는 계약에 대하여 적용합니다.

계약자 : 1) 관광진흥법 및 동법 시행령에 따라 등록된 일반여행업자
2) 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용범위) 제1호에 정한 단체의 대표
3) 단체취급계약 특별약관 제1조(계약의 적용범위) 제1호에 정한 단체의 대표
4) 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 및 동법 시행령에 따라 등록된 외국인환자 유치의료기관이나 외국인환자 유치업자
피보험자 : 1) 여행업자, 외국인환자 유치의료기관, 외국인환자 유치업자가 알선, 주최한 국내여행자
2) 단체 소속의 국내 여행자

제 2 조(보험료)

- ① 계약 체결시 계약자는 보험계약기간 중의 예상 여행자수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며 동 조건 등에 따라 산출된 추정보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 회사는 제 3 조(국내여행자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 실제보험료를 산출한 후 보험기간 종료후 7 일 이내에 제 1 항의 추정보험료의 차액을 받거나 돌려 드립니다.

제 3 조(국내여행자의 통지)

계약자 또는 이들의 대리인은 피보험자의 「별표 2」(국내여행 통지)의 해당사항을 서면 통지(팩시밀리를 포함합니다)하여야 합니다. 회사의 책임은 「별표 2」의 통지가 회사에 접수되는 시점에 시작되며, 다만 우편 통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국소인이 찍힌 날로부터 3 일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

제 4 조(중복계약체결 확인의무)

회사는 실손의료보험계약을 체결할 경우 아래 각 호의 보험계약을 제외하고는 계약을 모집하기 전에 보험계약자가 되려는 자의 동의를 얻어 모집하고자 하는 보험계약과 동일한 위험을 보장하는 보험계약을 체결하고 있는지를 확인하여야 하며 확인한 내용을 보험계약자가 되려는 자에게 즉시 알려야 합니다

1. 여행 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 보험계약
가. 「관광진흥법」 제 4 조에 따라 등록한 여행업자가 여행자를 위하여 일괄 체결하는 보험계약
나. 특정 단체가 그 단체의 구성원을 위하여 일괄 체결하는 보험계약

2. 국외여행, 연수 또는 유학 등 국외체류 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약

제 5 조(적용특칙)

이 특별약관에서는 보통약관 제 21 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항 제 4 호를 적용하지 않으며 회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

()보험금만의 지급 특별약관

제 1 조 (보상하는 손해)

회사는 ()약관에 관계없이 ()보험금만을 지급합니다.

제 2 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 ()약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제 1 조(적용대상)

이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제 2 조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.
- ② 제 1 조(적용대상)의 계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 3 조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2 인 이내에서 지정하되, 2 인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정할 수 있습니다. 또한 지정대리청구인은 제 4 조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자
 - 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 4 조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자의사표시의 확인방법 포함)

제 5 조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제 6 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 피보험자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(적용대상)의 피보험자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2 인의 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

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

제 7 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관의 규정을 따릅니다.

전자서명 특별약관

제 1 조 (적용범위)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.(이하"특별약관"은 "특약"이라 합니다.)

제 2 조 (특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특약은 보통약관 (다른 특약이 부가된 경우에는 그 특약도 포함합니다. 이하 "보통약관"이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약을 통하여 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명(이하"전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제 3 조 (약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 보험증권, 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)등 (이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5 영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제 4 조 (보험계약자의 알릴의무)

- ① 계약자가 제 3 조(약관교부의 특례) 제 1 항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제 1 항 또는 제 2 항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제 5 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

별 표

【별표 1】장해분류표

장해분류표

☑ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

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

☑ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{※1)}, 안전수지(Finger Counting)^{※2)} 상태를 포함한다.
 ※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 ※주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.
- ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0

기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음식 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
--------	-----

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

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가)척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 나)척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 다)척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가)척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나)머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가)척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나)머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다)머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라)상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장해
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가)척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상),

- 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

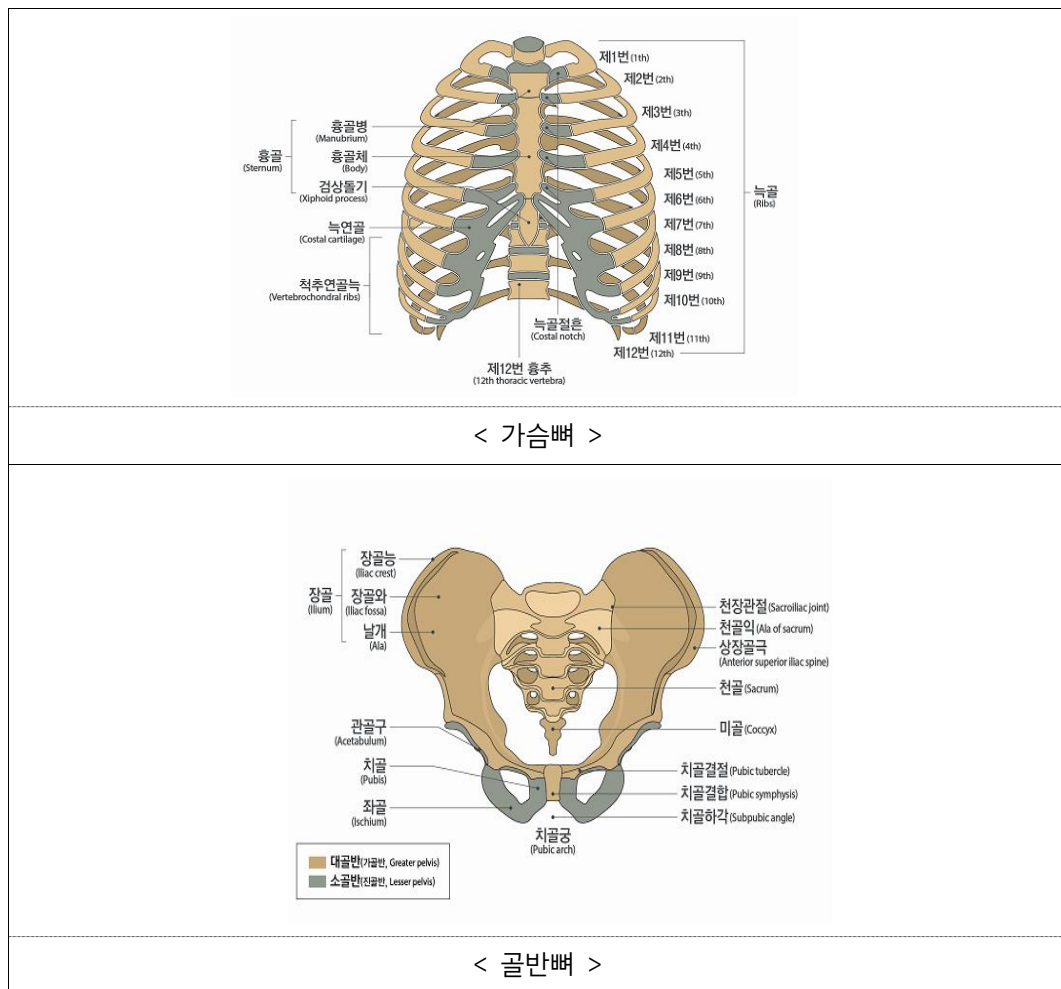
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를

평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절 (완관절)을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

- 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사 (MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사 (MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사 (MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) '가관절주'이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 자연되는 자연유합은 제외한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장해의 측정)>

- ① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장해의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가)완전 강직(관절굳음)
나)근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사 (MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사 (MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사 (MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) '가관절주'이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- ※주)가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
--------	-----

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

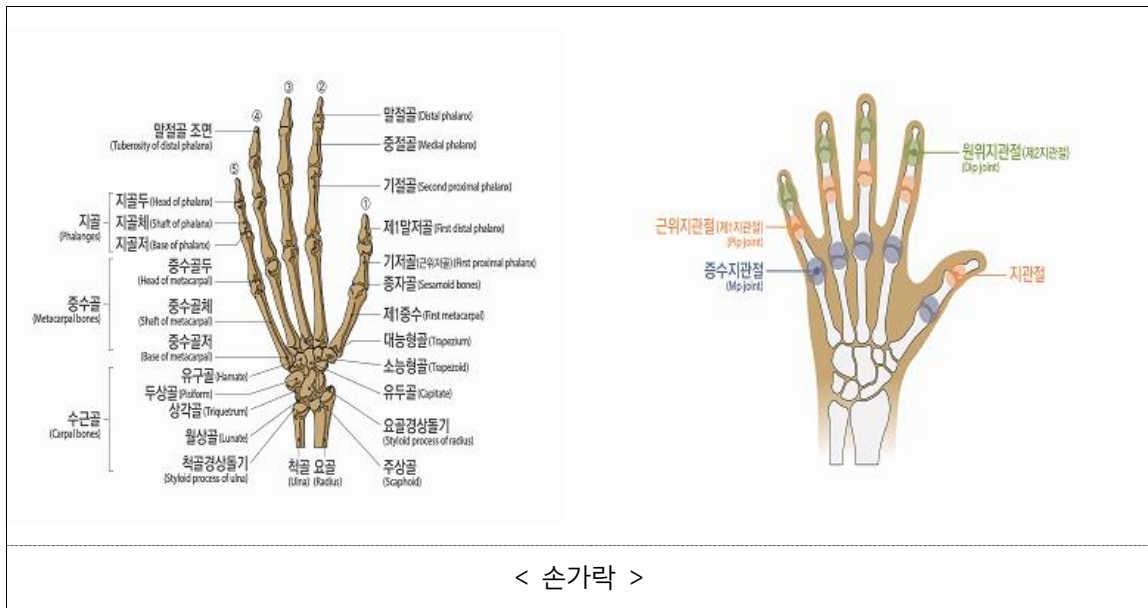
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를

말한다.

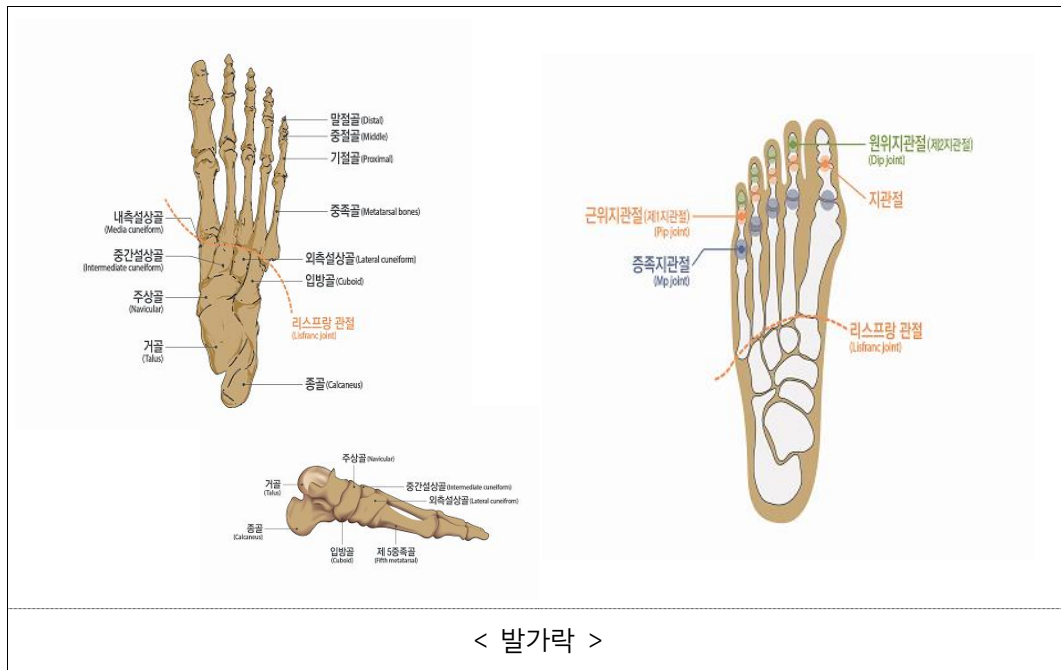
7)한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8)발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법



12. 흉. 복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계. 정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40

11) 심한 뇌전증발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1)신경계

- 가)“신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나)위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다)신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라)뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마)장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2)정신행동

- 가)정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나)정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다)‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라)‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마)‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 ‘능력장애측정기준’주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 바)‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사)‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애등급판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아)지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자)심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 면허를 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차)정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카)정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타)각종 기질성 정신장애와 외상후 **뇌전증**에 한하여 보상한다.

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

3)치매

가)“치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

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

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

4)뇌전증

가)“**뇌전증**”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

나)**뇌전증**발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항**뇌전증**제(**항경련제**) 약물로도 조절되지 않는 **뇌전증**을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 **뇌전증**발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표 2】 국내여행통지

피 보 험 자	주 민 등 록 번 호	여 행 지	여 행 목 적	보험 기간		휴 대 품	보 험 수 익 자	직 업 및 운 동 할 증 여 부	다 른 보 험 계 약 유 무	보 험 가 입 조 건	피 보 험 자 날 인
				출 발 일	도 착 일						

다른 보험 계약 사항	성명	보험종목	회사명	만기일	20 . . .
					작성자 (인)

법 규

<법규 1> 관광진흥법

제4조(등록)

- ① 제3조제1항제1호부터 제4호까지의 규정에 따른 여행업, 관광숙박업, 관광객 이용시설업 및 국제회의업을 경영하려는 자는 특별자치시장·별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 한다. <개정 2009.3.25, 2018.6.12.>
- ② 삭제 <2009.3.25.>
- ③ 제1항에 따른 등록을 하려는 자는 대통령령으로 정하는 자본금·시설 및 설비 등을 갖추어야 한다. <신설 2007.7.19., 2009.3.25.>
- ④ 제1항에 따라 등록한 사항 중 대통령령으로 정하는 중요 사항을 변경하려면 변경등록을 하여야 한다. <개정 2007.7.19., 2009.3.25.>
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따른 등록 또는 변경등록의 절차 등에 필요한 사항은 문화체육관광부령으로 정한다. <개정 2007.7.19., 2008.2.29., 2009.3.25.>

<법규 2> 국민건강보험법

제 41 조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016.2.3.>
 1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3 에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016.2.3.>
- ④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

제 42 조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. < 개정 2018.3.27>
 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제 91 조에 따라 설립된 한국회귀 필수약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

<법규 3> 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제 15 조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수

있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
 ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
 ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

<법규 4> 민법

제 777 조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

[전문개정 1990.1.13.]

<법규 5> 보험업법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융기관
 - 라. 주권상장법인
 - 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자

<법규 6> 보험업법시행령

제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제 2 조제 19 호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제 2 항제 15 호에 해당하는 자
4. 제 3 항제 15 호, 제 16 호 및 제 18 호에 해당하는 자

② 법 제 2 조제 19 호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제 22 조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제 1 호부터 제 14 호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제 2 조제 19 호다목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2013.8.27., 2014.3.24., 2016.3.11., 2016.5.31.>

1. 지방자치단체

2. 법 제 83 조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제 175 조에 따른 보험협회, 법 제 176 조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제 178 조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제 373 조의 2 에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제 <2014.12.30.>
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제 12 호와 제 13 호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제 1 호부터 제 15 호까지 및 제 18 호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

[본조신설 2011.1.24.]

<법규 7> 보험업감독규정

제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위) 영 제 6 조의 2 제 3 항제 18 호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.<개정 2011.3.22>

1. 제 7-49 조제 2 호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자 <개정 2016.12.29>
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 <신설 2019.12.18>
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업 <신설 2019.12.18>
6. 특별법에 따라 설립된 기관 <신설 2019.12.18>
7. 제 7-49 조 제 2 호 가목 1)에 해당하는 단체 <신설 2019.12.18.>

<법규 8> 상법

제 662 조(소멸시효)

보험금청구권은 3 년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3 년간, 보험료청구권은 2 년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

[전문개정 2014. 3. 11.]

제 735 조의 3(단체보험) ①단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우에는 제 731 조를 적용하지 아니한다.

②제 1 항의 보험계약이 체결된 때에는 보험자는 보험계약자에 대하여서만 보험증권을 교부한다.

③ 제 1 항의 보험계약에서 보험계약자가 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자를 보험수익자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 그 피보험자의 서면 동의를 받아야 한다. <신설 2014.3.11.>

[본조신설 1991.12.31.]

<법규 9> 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항

- ② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.>
1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>
1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나

그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

개인신용정보는 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로만 이용하여야 한다. 다만 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015.3.11.>

1. 개인이 제32조제1항 각 호의 방식으로 이 조 각 호 외의 부분 본문에서 정한 목적 외의 다른 목적에의 이용에 동의한 경우

2. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)

3. 제32조제6항 각 호의 경우

4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

<법규 10> 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제 <2015.9.11>

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2015.9.11>

1. 개인신용정보를 제공받는 자

2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적

3. 제공하는 개인신용정보의 내용

4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다. <개정 2015.9.11>

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다. <신설 2015.9.11>

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다. <개정 2015.9.11>

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도

2. 신용정보제공·이용자 또는 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자의 업무 또는 업종의 특성

3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공하는 자

2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적

3. 제공받는 개인신용정보의 항목

4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동意的 효력기간

⑦ 법 제32조제3항에 따라 신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다. <개정 2015.9.11>

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보회사등이 필수적 동意的사항과 그 밖의 선택적 동意的사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여야 한다. <신설 2015.9.11>

1. 신용정보주체가 그 동意的사항에 대하여 동意的하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부

2. 해당 신용정보주체가 그 동意的사항에 대하여 동意的함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보회사등과의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보회사등에 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보회사등과 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부

3. 신용정보주체가 그 동意的사항에 대하여 동意的하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보회사등이 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동意的사항과 그 밖의 선택적 동意的사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동意的 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동意的사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다. <신설 2015.9.11>

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11., 2017.1.10>

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적

2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 아니한 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적

3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적

5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 신용정보집중기관 및 신용조회회사로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적

- 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
- 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 통계작성 및 학술연구 등을 위하여 필요한 경우로서 신용정보회사등으로부터 특정 개인을 알아볼 수 없는 형태로 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
- ⑪ 법 제32조제6항제9호에서 "대통령령으로 정하는 금융질서문란행위자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. <신설 2015.9.11.>
1. 부정한 목적으로 다른 신용정보주체의 개인식별정보(제29조에서 정하는 정보를 말한다. 이하 이 호에서 같다)를 이용하여 금융거래 등 상거래를 하거나 그 상거래를 하려는 타인에게 자신의 개인식별정보를 제공한 자
 2. 부정한 목적으로 금융거래 등 상거래와 관련하여 거래상대방에게 위조·변조되거나 허위인 신용정보를 제공한 자
 3. 대출사기, 보험사기, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 알아낸 타인의 신용카드 정보를 이용한 거래 또는 이와 유사한 금융거래 등 상거래를 한 자
 4. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 법원의 회생절차개시결정·간이회생절차개시결정·개인회생절차개시결정·파산선고 또는 이와 유사한 결정이나 판결을 받은 자
 5. 그 밖에 금융거래 등 상거래와 관련하여 금융질서를 문란하게 한 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다. <개정 2015.9.11.>
- ⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제5조제1항제1호부터 제21호까지의 규정의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11.>
- ⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11.>

<법규 11> 약사법

제2조(정의) 제1호~제3호

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007. 10. 17., 2008. 2. 29., 2009. 12. 29., 2010. 1. 18., 2011. 6. 7., 2013. 3. 23., 2014. 3. 18., 2016. 12. 2., 2017. 10. 24.>

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약품외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매수여(授與)를 포함한다. 이하 같다와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무(약국제제(藥局製劑))를 포함한다를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.

<법규 12> 의료법

제 2 조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015.12.29.>

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임부(妊婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제 3 조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009.1.30., 2011.6.7., 2016.5.29.>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 3 조제 5 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 2 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010.1.18.>
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18.>
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>
- [본조신설 2009.1.30.]

<법규 13> 응급의료에 관한 법률

제 26 조(권역응급의료센터의 지정)

① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 또는 같은 법 제 3 조의 3 에 따른 300 병상을 초과하는 종합병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다. <개정 2015. 1. 28., 2016. 12. 2.>

1. 중증응급환자 중심의 진료
2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무
3. 권역(圈域)내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련
4. 권역 내 다른 의료기관에서 제 11 조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용
5. 그밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무

② 권역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차 및 업무와 중증응급환자의 기준 등은 권역 내 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다. <개정 2015. 1. 28.>

[전문개정 2011. 8. 4.]

제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다. <개정 2020. 12. 29., 2021. 12. 21.>

② 시장·군수·구청장은 제 1 항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.>

[전문개정 2011. 8. 4.]