우정사업본부고시 제2011-38호

우체국예금・보험에 관한 법률 제27조, 동법시행령 제11조, 동법률시행규칙 제35조, 제37조, 제42조 및 제56조의 규정에 의해 우체국보험종류의 명칭, 약관, 보험료 및 환급금 등을 다음과 같이 개정 고시합니다.

2011년 9월 23일

우정사업본부장

우체국보험 약관, 보험료, 환급금 등 고시

우체국보험의 종류는 〔별표 1〕, 우체국보험약관에 관한 세부내역은 〔별표 2〕, 우체국보험의 종류별 가입요건・보험료 및 해약환급금 등에 대한 세부내역은 〔별표3〕과 같다.

부 칙

이 고시는 2011년 9월 23일부터 시행하며, 우정사업본부 고시 2011-22호는 폐지한다.

〔별표 1〕 우체국보험의 종류

1. 주보험

보험 종류		시행일(고시일)	비 고
교육보험	무배당 청소년꿈보험	2010.12.01.	
	우체국학자금보험	2011.07.15.	판매예정
연금보험	우체국연금보험	2011.09.23.	
	플러스연금보험	2011.09.23.	
	우체국바로받는연금보험	2011.07.15	판매예정
	무배당 우체국즉시연금보험	2011.09.23.	
보장성 보험	하이로정기보험	2010.12.01.	
	무배당 우체국건강클리닉보험	2011.01.03.	
	무배당 우체국큰병큰보장보험	2011.01.03.	
	무배당 우체국하나로OK보험	2011.03.25.	
	평생보장암보험	2010.04.16.	
	무배당 꿈나무보험	2010.12.01.	
	무배당 어깨동무보험	2010.12.01.	
	에버리치상해보험	2010.12.01.	
	휴일재해보장보험	2010.12.01.	
	우체국단체보장보험	2011.01.01.	
	우체국안전벨트보험	2010.12.01.	
	무배당 우체국실손의료비보험	2011.01.03.	
	무배당 만원의행복보험	2011.01.03.	
	우체국교통상해보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국실버보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국간병보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국여성건강보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국남성건강보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국누구나OK보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국직장인보장보험	2011.07.15.	판매예정
저축성 보험	무배당 에버리치복지보험	2010.07.01.	
	무배당 그린보너스저축보험	2010.12.01.	
	무배당 파워적립보험	2010.06.01.	
	무배당 장기주택마련저축보험	2010.06.01.	
	우체국자유저축보험	2011.07.15.	판매예정
	우체국직장인저축보험	2011.07.15.	판매예정
	(무)우체국주가지수저축보험	2011.07.15.	판매예정
	(무)우체국채권연계저축보험	2011.07.15.	판매예정

2. 특약보험

<종속특약>

보 험 종 류	시행일(고시일)	비 고
입원수술특약	2010.12.01.	
3대질병치료특약	2010.12.01.	
입원의료비보장특약	2010.12.01.	
(무)실손의료비특약	2011.03.25.	
(무)건강클리닉특약	2011.03.25.	
(무)상해클리닉특약	2011.03.25.	
(무)3대질병치료특약	2011.03.25.	
(무)2대질병치료특약	2011.03.25.	
(무)CI치료특약	2011.03.25.	

<독립특약>

보 험 종 류		시행일(고시일)	비 고
사망관련 특약	사망보장특약	2011.07.15.	판매예정
	유족연금특약	2011.07.15.	판매예정
	재해사망보장특약	2011.07.15.	판매예정
	휴일재해사망특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해사망특약	2011.07.15.	판매예정
	휴일교통재해사망특약	2011.07.15.	판매예정
	대중교통사망특약	2011.07.15.	판매예정
	뺑소니·무보험자동차사망특약	2011.07.15.	판매예정
	산업재해사망특약	2011.07.15.	판매예정
	레저사망특약	2011.07.15.	판매예정
	성인병사망특약	2011.07.15.	판매예정
	암사망특약	2011.07.15.	판매예정
	급성심근경색증사망특약	2011.07.15.	판매예정
	질병사망특약	2011.07.15.	판매예정
	뇌출혈사망특약	2011.07.15.	판매예정
	당뇨병사망특약	2011.07.15	판매예정
	과로사관련사망특약	2011.07.15.	판매예정
장해관련 특약	재해장해특약	2011.07.15.	판매예정
	휴일재해장해특약	2011.07.15.	판매예정
	재해장해연금특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해장해특약	2011.07.15.	판매예정
	휴일교통재해장해특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해장해연금특약	2011.07.15.	판매예정

	추상장해특약	2011.07.15.	판매예정
	질병장해특약	2011.07.15.	판매예정
입원관련 특약	3대질병입원특약	2010.12.01.	
	입원보장특약	2011.07.15.	판매예정
	장기입원특약	2011.07.15.	판매예정
	재해입원보장특약	2011.07.15.	판매예정
	재해장기입원특약	2011.07.15.	판매예정
	화상입원특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해응급치료특약	2011.07.15.	판매예정
	재해응급치료특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해입원특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해장기입원특약	2011.07.15.	판매예정
	질병입원보장특약	2011.07.15.	판매예정
	질병장기입원특약	2011.07.15.	판매예정
	암입원특약	2011.07.15.	판매예정
	암장기입원특약	2011.07.15.	판매예정
	뇌출혈입원특약	2011.07.15.	판매예정
	급성심근경색증입원특약	2011.07.15.	판매예정
	중증간경화입원특약	2011.07.15.	판매예정
	중증신부전증입원특약	2011.07.15.	판매예정
	중증폐질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
	3대질병입원보장특약	2011.07.15.	판매예정
	중대질병입원특약	2011.07.15.	판매예정
	식중독입원특약	2011.07.15.	판매예정
	당뇨병입원특약	2011.07.15.	판매예정
	성인주요질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
	여성주요질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
	남성주요질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
	성장기주요질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
	노인성주요질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
	감염성주요질환입원특약	2011.07.15.	판매예정
수술관련 특약	수술특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해수술특약	2011.07.15.	판매예정
	재해수술특약	2011.07.15.	판매예정
	화상수술특약	2011.07.15.	판매예정
	외모상해수술특약	2011.07.15.	판매예정
	암수술특약	2011.07.15.	판매예정
	뇌출혈수술특약	2011.07.15.	판매예정
	급성심근경색증수술특약	2011.07.15.	판매예정
	중증간경화수술특약	2011.07.15.	판매예정

	중증신부전증수술특약	2011.07.15.	판매예정
	중증폐질환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	3대질병수술특약	2011.07.15.	판매예정
	중대질병수술특약	2011.07.15.	판매예정
	질병수술특약	2011.07.15.	판매예정
	5대장기이식술특약	2011.07.15.	판매예정
	대동맥류인조혈관치환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	관상동맥우회수술특약	2011.07.15.	판매예정
	심장판막치환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	조혈모세포이식수술특약	2011.07.15.	판매예정
	당뇨병수술특약	2011.07.15.	판매예정
	성인주요질환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	여성주요질환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	남성주요질환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	성장기주요질환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	노인성주요질환수술특약	2011.07.15.	판매예정
	양성뇌종양수술특약	2011.07.15.	판매예정
진단관련 특약	암치료특약	2011.07.15.	판매예정
	고액암치료특약	2011.07.15.	판매예정
	소아암치료특약	2011.07.15.	판매예정
	남성3대암치료특약	2011.07.15.	판매예정
	여성3대암치료특약	2011.07.15.	판매예정
	항암치료특약	2011.07.15.	판매예정
	뇌출혈치료특약	2011.07.15.	판매예정
	급성심근경색증치료특약	2011.07.15.	판매예정
	중증간경화치료특약	2011.07.15.	판매예정
	중증신부전증치료특약	2011.07.15.	판매예정
	중증폐질환치료특약	2011.07.15.	판매예정
	중대한화상및부식치료특약	2011.07.15.	판매예정
	3대질병치료보장특약	2011.07.15.	판매예정
	중대질병치료특약	2011.07.15.	판매예정
골절관련 특약	상해골절특약	2010.12.01.	
	재해골절보장특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해골절특약	2011.07.15.	판매예정
	재해골절수술특약	2011.07.15.	판매예정
	깁스치료특약	2011.07.15.	판매예정
	교통재해골절수술특약	2011.07.15.	판매예정
통원관련 특약	상해통원특약	2010.12.01.	
	통원특약	2011.07.15.	판매예정
	재해통원보장특약	2011.07.15.	판매예정

	교통재해통원특약	2011.07.15.	판매예정
	암통원특약	2011.07.15.	판매예정
	3대질병통원특약	2011.07.15.	판매예정
	질병통원특약	2011.07.15.	판매예정
	당뇨병통원특약	2011.07.15.	판매예정
	성인주요질환통원특약	2011.07.15.	판매예정
	여성주요질환통원특약	2011.07.15.	판매예정
	남성주요질환통원특약	2011.07.15.	판매예정
	성장기주요질환통원특약	2011.07.15.	판매예정
	노인성주요질환통원특약	2011.07.15.	판매예정
의료실비 관련특약	(무)공무원입원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	(무)공무원통원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	입원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	통원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	재해입원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	재해통원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	질병입원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
	질병통원의료비특약	2011.07.15.	판매예정
출산관련 특약	(무)선천이상특약	2010.04.30.	
	선천이상입원특약	2011.07.15.	판매예정
	선천이상수술특약	2011.07.15.	판매예정
	저체중아출산특약	2011.07.15.	판매예정
	극소저체중아출산특약	2011.07.15.	판매예정
간병관련 특약	치매치료특약	2011.07.15.	판매예정
	치매치료보장특약	2011.07.15.	판매예정
	장기간병특약	2011.07.15.	판매예정
	간병선지급특약	2011.07.15.	판매예정
전환관련 특약	연금전환특약	2011.07.15.	판매예정
	(무)알찬전환특약	2010.06.01.	
	계약전환특약	2011.07.15.	판매예정
서비스 관련특약	이륜자동차부담보특약	2010.04.30.	
	특별부위·질병부담보특약	2010.04.30.	
	비흡연자할인특약	2011.07.15.	판매예정

〔별표 2-1〕 우체국보험 약관

1. 판매중인 상품

< 주계약 >

무배당 청소년꿈보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【계약자의 지정】
이 계약의 계약자는 지식경제부장관으로 합니다.

제4조【피보험자의 범위 및 자격상실】
① 이 계약의 피보험자는 지식경제부장관이 선정한 소년소녀가장 또는 아동복지 시설의 수용자로 합니다.
② 제1항에 정한 피보험자가 입양 등으로 인하여 제1항에 해당하지 아니하게 된 때에는 그 때로부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제5조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제6조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우. 단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제7조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 계약의 승계
3. 기타 계약사항
② 계약자가 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 지식경제부장관이 인정하는 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 “해약환급금 예시표” 참조)
② 제6조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조【계약의 소멸】
이 약관에서 정한 유족급부금의 지급사유가 발생한 경우 또는 제4조【피보험자의 범위 및 자격상실】제2항에 따라 피보험자의 자격을 상실한 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제7조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)
1. 생존학자금 : 보험계약일로부터 생존학자금 해당나이의 계약해당일(보험계약일 현재 생존학자금 해당 나이에 해당되는 경우에는 보험계약일을 포함합니다)에 살아 있을 때
2. 입원치료자금 : 별표4(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때
3. 유족급부금 : 사망하였거나 별표3에서 정하는 장해분류표(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때
4. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일로부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
④ 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑫ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【입원의 정의와 장소】
이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 유족급부금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 유족급부금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제20조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제21조【환급금대출】
이 계약은 환급금대출을 하지 아니합니다.

제22조【배당금 지급】
이 계약은 계약자배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하

였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에 정한 유족급부금에 대한 보험수익자는 계약자로 하며, 생존학자금, 입원치료자금 및 만기급부금에 대한 보험수익자는 피보험자로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【주소변경 통지】
① 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에 관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자 또는 피보험자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 6세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 500만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
생존학자금	보험계약일로부터 생존학자금 해당나이의 계약해당일(보험계약일 현재 생존학자금 해당 나이에 해당되는 경우에는 보험계약일을 포함합니다)에 살아 있을 때	50만원 (12세부터 17세까지 매년 계약해당일에 지급)	
입원치료자금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속 입원하였을 때	10일 이상~20일 미만	5만원
		20일 이상~30일 미만	15만원
		30일 이상~50일 미만	25만원
		50일 이상~100일 미만	50만원
		100일 이상~200일 미만	100만원
		200일 이상	250만원
유족급부금	사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때	200만원	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	200만원	

주) 1. 체신관서는 체신관서가 정한 바에 따라 당해연도 생존학자금을 선지급할 수 있습니다.
2. 입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/40이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

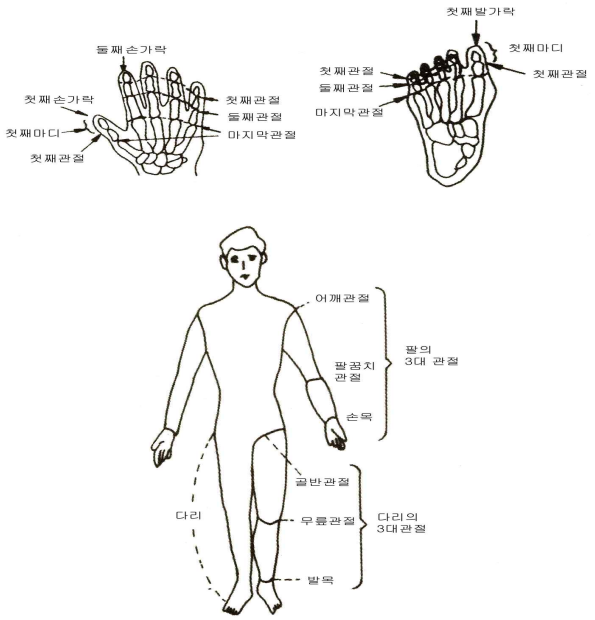
1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 500만원, 10세, 일시납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,786,850	3,974,650	3,785,800	3,973,250
3년	3,786,850	3,853,950	3,785,800	3,851,900
5년	3,786,850	3,167,900	3,785,800	3,165,800
8년	3,786,850	2,000,000	3,785,800	2,000,000

주) 위 경과기간별 해약환급금에는 해당 경과년도의 생존학자금을 포함하고 있음

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
입원치료자금 유족급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
생존학자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.

우체국연금보험(1종-일반연금) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【계약의 체결】
계약자는 다음에 정하는 보장계약과 연금계약을 동시에 체결하여야 합니다.(이하 "보장계약"과 "연금계약"을 합하여 "계약"이라 합니다)
1. 보장계약 : 연금지급개시일의 전일(이하 "제1보험기간"이라 합니다) 중 피보험자가 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다)로 인하여 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때 보험금을 지급받기 위한 계약
2. 연금계약 : 연금지급개시일 이후(이하 "제2보험기간"이라 합니다) 피보험자가 살아있을 때 연금을 지급받기 위한 계약

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.
④ 계약자는 연금개시나이를 제1보험기간 중에는 언제든지 변경할 수 있습니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조) 다만, 제2보험기간에는 계약을 해지할 수 없습니다.
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 제2보험기간에는 서면동의를 철회할 수 없습니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제3조【계약의 체결】 제1호의 보장계약을 위한 보장계약보험료와 동조 제2호의 연금계약을 위한 연금계약보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 보장계약보험료와 연금계약보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "보장계약보험료"와 "연금계약보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체 기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제21조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】 및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 장해급부금 : 제1보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
2. 생존연금 : 제2보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때
② 제1보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 사망시까지 부리적립한 금액을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】 제1항의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나

는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 제1보험기간 중에 한하여 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 사망시까지 부리적립한 금액을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 사망시까지 부리적립한 금액을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제20조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제21조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제22조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “고지의무”라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분		지 급 사 유	지 급 액	
제1보험기간	장해 급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	일시납	월 납
			일시납보험료의 50%	월납보험료의 50배
제2보험기간	생존 연금	매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시일의 적립금액을 기준으로 계산한 금액을 매년 지급(20년 보증지급)	

주) 1. 제1보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망시까지의 적립금액을 지급합니다. 다만, 사망시 적립금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. "적립금액"이란 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 부리적립한 금액을 말합니다.
3. 생존연금 지급개시 후 20년의 보증지급기간 안에 사망시에는 20년까지의 미지급된 연금액을 매년 계약해당일에 드리거나 적립이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
4. 납입보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 보험료를 기준으로 지급하여 드립니다.
5. 연금을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급하는 경우 적립이율로 계산한 이자를 가산하여 드립니다.
6. 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율을 기준으로 적용합니다.
7. 제2보험기간 이후의 환급금대출이율이 연금지급개시시점의 환급금대출이율과 계속 동일한 경우의 해당년도 생존연금은 직전년도 생존연금과 동일하나, 제2보험기간 이후의 환급금대출이율이 변경될 경우에는 직전년도의 생존연금과 차이가 있을 수 있습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 악간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 악간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

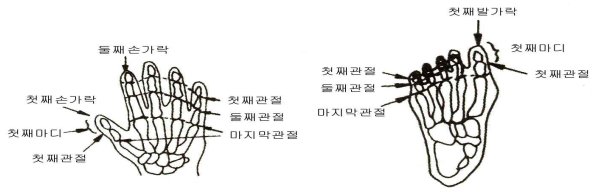
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

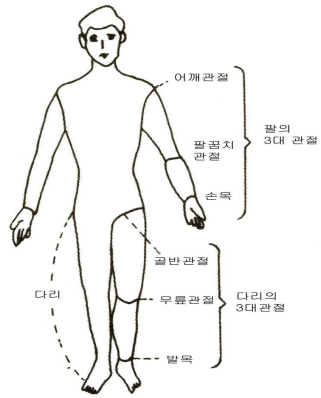
<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도





[별표4]

해약환급금 예시표

< 일시납 > (단위 : 원)

경과기간	보험료 / 구분	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
1년	납입보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
	해약환급금	10,214,990	20,454,610	30,694,230	40,933,850
3년	납입보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
	해약환급금	11,105,700	22,288,880	33,472,050	44,655,230
5년	납입보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
	해약환급금	12,083,970	24,303,460	36,522,950	48,742,440
7년	납입보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
	해약환급금	13,158,400	26,516,080	39,873,760	53,231,440
10년	납입보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
	해약환급금	14,971,300	30,249,450	45,527,600	60,805,740
20년	납입보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000
	해약환급금	23,235,730	47,268,690	71,301,640	95,334,590

< 월 납 > (기준 : 20년납, 단위 : 원)

경과기간	보험료 / 구분	100,000	200,000	300,000	400,000
1년	납입보험료	1,200,000	2,400,000	3,600,000	4,800,000
	해약환급금	1,054,790	2,158,840	3,262,880	4,366,930
3년	납입보험료	3,600,000	7,200,000	10,800,000	14,400,000
	해약환급금	3,530,410	7,215,780	10,901,140	14,586,510
5년	납입보험료	6,000,000	12,000,000	18,000,000	24,000,000
	해약환급금	6,245,460	12,761,970	19,278,480	25,794,990
7년	납입보험료	8,400,000	16,800,000	25,200,000	33,600,000
	해약환급금	9,229,620	18,857,800	28,485,970	38,114,150
10년	납입보험료	12,000,000	24,000,000	36,000,000	48,000,000
	해약환급금	14,264,810	29,143,310	44,021,820	58,900,320
20년	납입보험료	24,000,000	48,000,000	72,000,000	96,000,000
	해약환급금	37,218,640	76,031,720	114,844,800	153,657,880

주) 1. 위 해약환급금은 4.8%(환급금대출이율 5.8% - 1.0%)의 금리를 적용한 것으로 **환급금대출이율이 변동하면 위 해약환급금도 달라지게 됩니다.**
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국연금보험(2종-연금저축) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【계약의 체결】
계약자는 다음에 정하는 보장계약과 연금계약을 동시에 체결하여야 합니다.(이하 “보장계약”과 “연금계약”을 합하여 “계약”이라 합니다)
1. 보장계약 : 연금지급개시일의 전일(이하 “제1보험기간”이라 합니다) 중 피보험자가 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때 보험금을 지급받기 위한 계약
2. 연금계약 : 연금지급개시일 이후(이하 “제2보험기간”이라 합니다) 피보험자가 살아있을 때 연금을 지급받기 위한 계약

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만18세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

제6조【계약내용의 변경】

① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험료 수금방법
3. 보험금수익자
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.
④ 계약자는 연금개시나이를 제1보험기간 중에는 언제든지 변경할 수 있습니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 “해약환급금 예시표” 참조) 다만, 제2보험기간에는 계약을 해지할 수 없습니다.
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 제2보험기간에는 서면동의를 철회할 수 없습니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제3조【계약의 체결】 제1호의 보장계약을 위한 보장계약보험료와 동조 제2호의 연금계약을 위한 연금계약보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 보장계약보험료와 연금계약보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 “보장계약보험료”와 “연금계약보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제25조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제24조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제21조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제24조【가입자의 고지의무】및 제25조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제27조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 장해급부금 : 제1보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
2. 생존연금 : 제2보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때
② 제1보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 사망시까지 부리적립한 금액을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】 제1항의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 제1보험기간 중에 한하여 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 사망시까지 부리적립한 금액을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 사망시까지 부리적립한 금액을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제20조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제21조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제22조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제23조【계약의 세제혜택 등】
① 이 계약은 관련세법이 정한 바에 따라 납입한 보험료에 대하여 소득공제(이하 "연금저축보험료 소득공제"라 합니다)를 받을 수 있으며, 연금소득에 대하여는 소득세를 납입하여야 합니다.
② 제1항의 연금저축보험료 소득공제의 경우 보험계약일부터 5년 이내에 이 계약을 해지하는 경우에는 매년 불입한 금액(300만원을 한도로 함)의 누계액에 대해서 관련세법에 의거 해지가산세를 부과합니다. 그러나, 계약자의 사망 또는 해지 전 6개월 이내에 다음 각 호 중 한 가지에 해당하는 사유로 인하여 계약을 해지하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
1. 천재·지변
2. 계약자의 퇴직
3. 계약자의 해외이주
4. 계약자가 근무하는 사업장의 폐업 또는 계약자가 영위하는 사업장의 폐업
5. 계약자의 3개월 이상의 입원치료 또는 요양을 요하는 상해·질병의 발생
6. 연금저축취급기관의 영업의 정지, 영업인가·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
③ 계약자가 연금지급이 개시되기 이전에 이 계약을 해지하거나 연금외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에 의거 기타소득으로 보아 소득세를 납입하여야 합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 규정은 이 계약에만 적용이 되며, 부가되는 특약에는 적용이 되지 아니합니다.
⑤ 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제24조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제25조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제26조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제27조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제28조【보험수익자의 지정】
① 이 계약의 보험수익자는 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호에 정한 생존연금의 보험수익자를 연금수익자로 하며, 동조 동항 제1호에 정한 장해급부금의 보험수익자를 보험금수익자로 합니다.(이하 "연금수익자"와 "보험금수익자"를 합하여 "보험수익자"라 합니다.)
② 제1항의 연금수익자는 계약자이어야 하며, 피보험자와 동일하여야 합니다.
③ 계약자가 제1항의 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제29조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제30조【계약자의 주소변경 통지】

① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제31조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제33조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제24조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제34조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제35조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제36조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제37조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제39조【계약나이의 계산 등】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개

월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 보험가입시에 18세 이상에 해당되는지 여부 및 연금개시나이가 55세 이상에 해당되는지 여부는 만 나이로 계산합니다.

제40조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제41조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
제1보험기간	장해 급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	월납보험료의 50배
제2보험기간	생존 연금	매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시일의 적립금액을 기준으로 계산한 금액을 매년 지급(20년 보증지급)

주) 1. 제1보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망시까지의 적립금액을 지급합니다. 다만, 사망시 적립금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. "적립금액"이란 연금계약 순보험료를 적립이율로 납입일로부터 부리적립한 금액을 말합니다.
3. 생존연금 지급개시 후 20년의 보증지급기간 안에 사망시에는 20년까지의 미지급된 연금액을 매년 계약해당일에 드리거나 적립이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
4. 납입보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 보험료를 기준으로 지급하여 드립니다.
5. 연금을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급하는 경우 적립이율로 계산한 이자를 가산하여 드립니다.
6. 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율을 기준으로 적용합니다.
7. 제2보험기간 이후의 환급금대출이율이 연금지급개시시점의 환급금대출이율과 계속 동일한 경우의 해당년도 생존연금은 직전년도 생존연금과 동일하나, 제2보험기간 이후의 환급금대출이율이 변경될 경우에는 직전년도의 생존연금과 차이가 있을 수 있습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

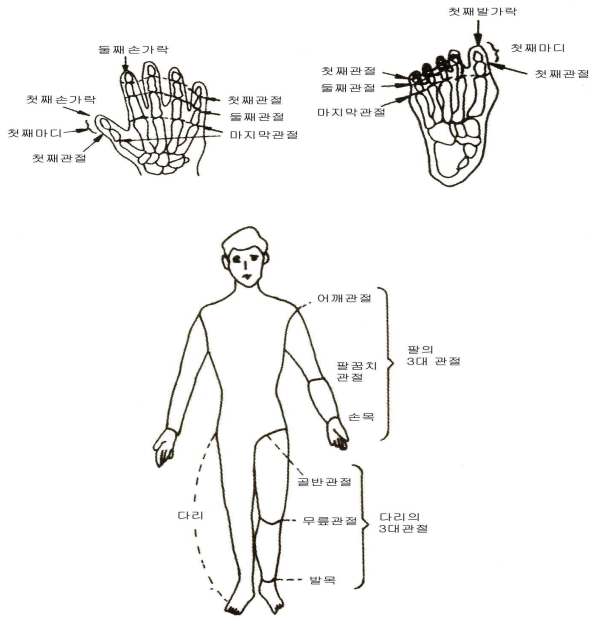
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

< 월 납 >

(기준 : 20년납, 단위 : 원)

경과기간	구분 \ 보험료	100,000	200,000	300,000	400,000
1년	납입보험료	1,200,000	2,400,000	3,600,000	4,800,000
	해약환급금	1,054,790	2,158,840	3,262,880	4,366,930
3년	납입보험료	3,600,000	7,200,000	10,800,000	14,400,000
	해약환급금	3,530,410	7,215,780	10,901,140	14,586,510
5년	납입보험료	6,000,000	12,000,000	18,000,000	24,000,000
	해약환급금	6,245,460	12,761,970	19,278,480	25,794,990
7년	납입보험료	8,400,000	16,800,000	25,200,000	33,600,000
	해약환급금	9,229,620	18,857,800	28,485,970	38,114,150
10년	납입보험료	12,000,000	24,000,000	36,000,000	48,000,000
	해약환급금	14,264,810	29,143,310	44,021,820	58,900,320
20년	납입보험료	24,000,000	48,000,000	72,000,000	96,000,000
	해약환급금	37,218,640	76,031,720	114,844,800	153,657,880

주) 1. 위 해약환급금은 4.8%(환급금대출이율 5.8% - 1.0%)의 금리를 적용한 것으로 **환급금대출이율이 변동하면 위 해약환급금도 달라지게 됩니다.**

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.

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

3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.

4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

플러스연금보험(1종-일반연금) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(가입구좌 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【용어의 정의】
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. "플러스적립금"이라 함은 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말합니다.
2. "플러스연금"이라 함은 매년 생존연금 지급시의 연금연액과 생존연금(플러스연금 제외)의 차이를 말합니다.
3. "책임준비금"이라 함은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 "환급금대출이율-1%"(가입 후 경과기간 5년미만은 4.0%, 5년이상은 3.0%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
4. "예정 책임준비금"이라 함은 장래 사망보험금(플러스적립금 제외) 및 생존연금(플러스연금 제외) 지급을 위해 가입구좌와 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.
5. "연금연액"이라 함은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금지급개시일의 책임준비금을 기준으로 계산한 금액을 말합니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우

3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 가입구좌의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 가입구좌의 감액은 보험계약일로부터 연금지급개시일의 전일 이전(이하 "제1보험기간"이라 합니다)에 한합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조) 다만, 연금지급개시일 이후(이하 "제2보험기간"이라 합니다)에는 계약을 해지할 수 없습니다.
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 제2보험기간에는 서면동의를 철회할 수 없습니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제22조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 가입구좌의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제22조【가입자의 고지의무】및 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제25조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 사망보험금 : 제1보험기간 중 사망하였을 때
2. 생존연금 : 제2보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때
② 보험료납입기간 중 피보험자가 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금(플러스적립금 포함)이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금(플러스적립금 포함) 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑫ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 제1보험기간 중에 한하여 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제22조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제23조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 가입구좌 한도 제한, 일부보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하

였을 때에는 보험료, 가입구좌 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 가입구좌 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 가입구좌 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제24조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】 에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제25조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제26조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제27조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제28조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제29조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제31조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제22조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제32조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 가입구좌 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제33조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제34조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제35조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제37조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제38조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제39조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
제1보험기간	사 망 보험금	사망하였을 때	5,000만원
			플러스적립금 추가지급
제2보험기간	생 존 연 금	매년 계약해당일에 살아 있을 때 (20년 보증지급)	300만원
			플러스연금 추가지급

주) 1. 생존연금 지급개시 후 20년의 보증지급기간 안에 사망시에는 20년까지의 미지급된 생존연금(플러스연금 포함)을 매년 계약해당일에 드리거나 산출방법서에서 정한 방법에 따라 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
2. 생존연금을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급하는 경우 적립이율로 계산한 이자를 가산하여 드립니다.
3. 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율을 적용합니다.
4. 적립이율("환급금대출이율-1%")이 변경된 경우에는 플러스적립금 및 플러스연금도 달라지게 됩니다.
5. 플러스연금의 경우 1차년도는 연금개시시점의 플러스적립금을 기준으로 계산한 연금연액을 지급하며, 2차년도 이후는 적립이율이 최저보증이율을 상회하는 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 플러스연금을 증액하여 지급합니다.
6. 1구좌는 생존연금액이 300만원 입니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

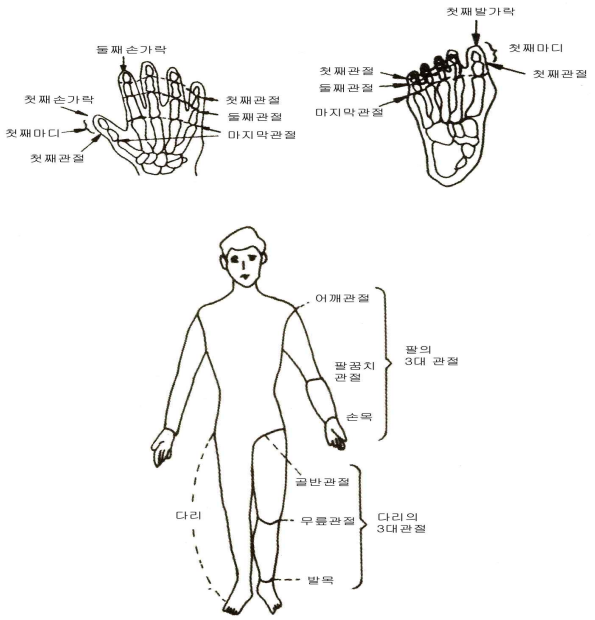
1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

□ 일시납

(기준 : 1구좌, 남자 40세, 60세 연금개시, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	32,434,400	33,244,100	256,000	33,500,100
3년	32,434,400	35,808,700	835,200	36,643,900
5년	32,434,400	38,583,100	1,514,300	40,097,400
7년	32,434,400	40,789,600	3,103,600	43,893,200
10년	32,434,400	44,360,800	5,944,300	50,305,100
15년	32,434,400	51,128,900	12,153,200	63,282,100
20년	32,434,400	59,201,900	20,721,400	79,923,300

□ 월 납

(기준 : 1구좌, 남자 40세, 60세 연금개시, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	2,331,600	2,056,500	9,300	2,065,800
3년	6,994,800	6,803,300	83,900	6,887,200
5년	11,658,000	11,917,200	243,700	12,160,900
7년	16,321,200	17,043,700	795,000	17,838,700
10년	23,316,000	25,310,000	2,093,900	27,403,900
15년	34,974,000	40,853,700	5,837,200	46,690,900
20년	46,632,000	59,201,900	12,212,300	71,414,200

주) 1. 위 예시된 금액은 4.8%(환급금대출이율 5.8%-1.0%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.

플러스연금보험(2종-연금저축) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(가입구좌 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【용어의 정의】
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. "플러스적립금"이라 함은 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말합니다.
2. "플러스연금"이라 함은 매년 생존연금 지급시의 연금연액과 생존연금(플러스연금 제외)의 차이를 말합니다.
3. "책임준비금"이라 함은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 "환급금대출이율-1%"(가입 후 경과기간 5년미만은 4.0%, 5년이상은 3.0%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
4. "예정 책임준비금"이라 함은 장래 사망보험금(플러스적립금 제외) 및 생존연금(플러스연금 제외) 지급을 위해 가입구좌와 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.
5. "연금연액"이라 함은 산출방법서에서 정한 방법에 따라 연금지급개시일의 책임준비금을 기준으로 계산한 금액을 말합니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만18세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우

3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 가입구좌의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험금수익자
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 가입구좌의 감액은 보험계약일로부터 연금지급개시일의 전일 이전(이하 "제1보험기간"이라 합니다)에 한합니다.
③ 계약자가 보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조) 다만, 연금지급개시일 이후(이하 "제2보험기간"이라 합니다)에는 계약을 해지할 수 없습니다.
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 제2보험기간에는 서면동의를 철회할 수 없습니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 가입구좌의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음

달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】 및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 사망보험금 : 제1보험기간 중 사망하였을 때
2. 생존연금 : 제2보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때
② 보험료납입기간 중 피보험자가 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금(플러스적립금 포함)이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금(플러스적립금 포함) 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑫ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 제1보험기간 중에 한하여 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제22조【계약의 세제혜택 등】
① 이 계약은 관련세법이 정한 바에 따라 납입한 보험료에 대하여 소득공제(이하 "연금저축보험료 소득공제"라 합니다)를 받을 수 있으며, 연금소득에 대하여는 소득세를 납입하여야 합니다.
② 제1항의 연금저축보험료 소득공제의 경우 보험계약일부터 5년 이내에 이 계약을 해지하는 경우에는 매년 불입한 금액(300만원을 한도로 함)의 누계액에 대해서 관련세법에 의거 해지가산세를 부과합니다. 그러나, 계약자의 사망 또는 해지전 6개월 이내에 다음 각 호 중 한 가지에 해당하는 사유로 인하여 계약을 해지하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
1. 천재·지변
2. 계약자의 퇴직
3. 계약자의 해외이주
4. 계약자가 근무하는 사업장의 폐업 또는 계약자가 영위하는 사업장의 폐업
5. 계약자의 3개월 이상의 입원치료 또는 요양을 요하는 상해·질병의 발생
6. 연금저축취급기관의 영업의 정지, 영업인가·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
③ 계약자가 연금지급이 개시되기 이전에 이 계약을 해지하거나 연금외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에 의거 기타소득으로 보아 소득세를 납입하여야 합니다.
④ 제1항 내지 제3항의 규정은 이 계약에만 적용이 되며, 부가되는 특약에는 적용이 되지 아니합니다.
⑤ 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 가입구좌 한도 제한, 일부보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 가입구좌 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 가입구좌 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 가입구좌 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】 에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
① 이 계약의 보험수익자는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호에 정한 생존연금의 보험수익자를 연금수익자로 하며, 동조 동항 제1호에 정한 사망보험금의 보험수익자를 보험금수익자로 합니다.(이하 "연금수익자"와 "보험금수익자"를 합하여 "보험수익자"라 합니다)
② 제1항의 연금수익자는 계약자이어야 하며, 피보험자와 동일하여야 합니다.
③ 계약자가 제1항의 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 가입구좌 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 보험가입시에 18세 이상에 해당되는지 여부 및 연금개시나이가 55세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
제1보험기간	사 망 보험금	사망하였을 때	5,000만원
			플러스적립금 추가지급
제2보험기간	생 존 연 금	매년 계약해당일에 살아 있을 때 (20년 보증지급)	300만원
			플러스연금 추가지급

주) 1. 생존연금 지급개시 후 20년의 보증지급기간 안에 사망시에는 20년까지의 미지급된 생존연금(플러스연금 포함)을 매년 계약해당일에 드리거나 산출방법서에서 정한 방법에 따라 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
2. 생존연금을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급하는 경우 적립이율로 계산한 이자를 가산하여 드립니다.
3. 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율을 적용합니다.
4. 플러스적립금 및 플러스연금은 적립이율이 변경될 경우에는 달라집니다.
5. 플러스연금의 경우 1차년도는 연금개시시점의 플러스적립금을 기준으로 계산한 연금연액을 지급하며, 2차년도 이후는 적립이율이 최저보증이율을 상회하는 경우 산출방법서에서 정한 방법에 따라 플러스연금을 증액하여 지급합니다.
6. 1구좌는 생존연금액이 300만원 입니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

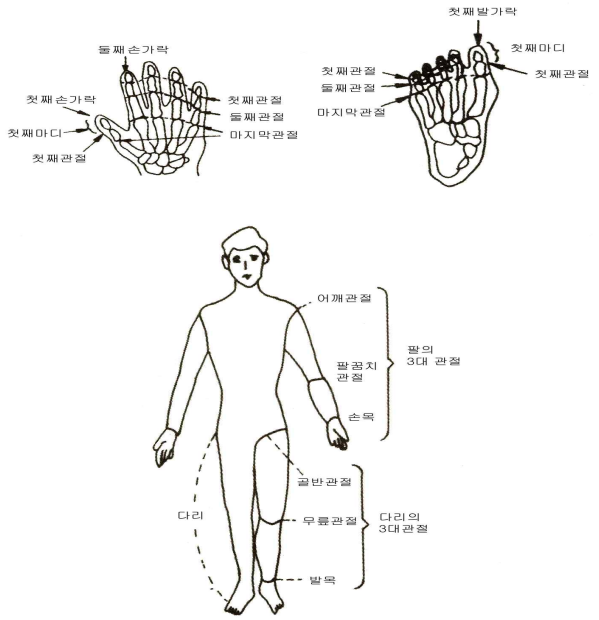
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

(기준 : 1구좌, 남자 40세, 60세 연금개시, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	2,331,600	2,056,500	9,300	2,065,800
3년	6,994,800	6,803,300	83,900	6,887,200
5년	11,658,000	11,917,200	243,700	12,160,900
7년	16,321,200	17,043,700	795,000	17,838,700
10년	23,316,000	25,310,000	2,093,900	27,403,900
15년	34,974,000	40,853,700	5,837,200	46,690,900
20년	46,632,000	59,201,900	12,212,300	71,414,200

주) 1. 위 예시된 금액은 4.8%(환급금대출이율 5.8%-1.0%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.

무배당 우체국즉시연금보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】

① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.

② 이 계약의 보험기간은 거치형의 경우 보험계약일부터 연금개시나이 계약해당일의 전일까지를 "연금개시전 보험기간", 연금개시나이 계약해당일부터 종신까지를 "연금개시후 보험기간"이라 하며, 즉시형의 경우에는 보험계약일부터 종신까지를 "연금개시후 보험기간"이라 합니다. 또한, "연금개시전 보험기간"과 "연금개시후 보험기간"을 합한 기간을 "보험기간"이라 합니다.

③ 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

④ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.

⑤ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

⑥ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【계약의 체결】

① 계약자는 다음에 정하는 보장계약과 연금계약을 동시에 체결하여야 합니다.(이하 "보장계약"과 "연금계약"을 합하여 "계약"이라 합니다)

1. 보장계약 : 보험기간(단, 종신연금형의 연금개시후 보험기간은 제외합니다) 중 피보험자가 사망하였을 때 보험금을 지급받기 위한 계약
2. 연금계약 : 연금개시후 보험기간 중 피보험자가 살아있을 때 계약 체결시 선택한 연금지급형태에 따라 연금을 지급받기 위한 계약

② 계약자는 계약 체결시 다음에 정한 연금지급형태를 결정하여야 합니다.

1. 즉시형 종신연금형
2. 즉시형 상속연금형
3. 거치형 종신연금형
4. 거치형 상속연금형

제4조【약관교부 및 설명의무 등】

① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약

체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료(이미 지급한 생존연금을 차감한 금액)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(이미 지급한 생존연금을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료(이미 지급한 생존연금을 차감한 금액)를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.
④ 계약자는 연금개시나이를 연금개시전 보험기간 중에는 언제든지 변경할 수 있습니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 종신연금형의 경우 연금개시후 보험기간에는 계약을 해지할 수 없습니다.
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제2항에도 불구하고 종신연금형의 경우 연금개시후 보험기간에는 서면동의를 철회할 수 없습니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제3조【계약의 체결】제1항에서 정한 보장계약 보험료와 연금계약 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 보장계약 보험료와 연금계약 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "보장계약 보험료"와 "연금계약 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제10조【보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제21조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제20조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 생존연금 : 연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때
2. 사망보험금 : 연금개시전 보험기간 중 사망하였을 때

제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 연금개시전 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때 지급되는 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
③ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 상속연금형의 경우 연금개시후 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때 지급되는 지급금액(이미 지급한 생존연금 포함)이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 그 차액을 추가로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 보험기간(종신연금형의 연금개시후 보험기간은 제외) 중 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에

는 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에 따라 보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에 따라 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제15조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제16조【공시이율의 적용 및 공시】
① 이 계약의 연금계약 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 체신관서가 적용하는 공시이율(2.0%를 최저보증하며, 이하 "공시이율"이라 합니다)로 하며, 공시이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
② 제1항의 공시이율은 국고채 및 회사채 수익률 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 결정합니다.
③ 체신관서는 제1항 내지 제2항에서 정한 공시이율을 매월 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제17조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제18조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

제19조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제20조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제21조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하

였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제22조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제23조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제24조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 경우 계약자로 하고, 동조 제2호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제25조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제26조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제27조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제28조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초 연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제29조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제28조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제30조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제31조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제32조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제33조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제34조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제35조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제36조【분쟁조정】

계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제37조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

■ 즉시형

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
생존연금	종신연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 분할계산한 연금월액을 보험계약일 이후 만1개월이 경과한 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (20년 보증지급)
	상속연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 계산한 이자상당액(사업비 차감)의 연금월액을 보험계약일 이후 만1개월이 경과한 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (단, 연금개시후 보험기간 중 사망하였을 때에는 일시납 보험료의 5%와 사망시까지의 연금계약 적립금액을 지급)

주) 1. "연금계약 적립금액"이란 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 순보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 공시이율을 적용하여 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 납입일로부터 부리적립한 금액을 말합니다.
2. 종신연금형의 경우 연금개시후 보험기간 중 20년의 보증지급기간 안에 피보험자가 사망하였을 때에는 20년까지의 미지급된 생존연금을 매월 계약해당일에 드리거나 공시이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
3. 공시이율(최저보증 2.0%)은 매월 1일 체신관서가 적용하는 이율로 하며, 공시이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
4. 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 공시이율이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.

■ 거치형

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
생존연금	종신연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 분할계산한 연금월액을 약정한 연금개시나이 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (20년 보증지급)
	상속연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 계산한 이자상당액(사업비 차감)의 연금월액을 약정한 연금개시나이 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (단, 연금개시후 보험기간 중 사망하였을 때에는 일시납 보험료의 5%와 사망시까지의 연금계약 적립금액을 지급)
사망보험금		연금개시전 보험기간 중 사망하였을 때	일시납 보험료의 5%와 사망시까지의 연금계약 적립금액을 지급

주) 1. "연금계약 적립금액"이란 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 순보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 공시이율을 적용하여 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 납입일로부터 부리적립한 금액을 말합니다.
2. 종신연금형의 경우 연금개시후 보험기간 중 20년의 보증지급기간 안에 피보험자가 사망하였을 때에는 20년까지의 미지급된 생존연금을 매월 계약해당일에 드리거나 공시이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
3. 공시이율(최저보증 2.0%)은 매월 1일 체신관서가 적용하는 이율로 하며, 공시이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
4. 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 공시이율이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	공시이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	공시이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		공시이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	공시이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율을, 공시이율은 이 계약의 공시이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

하이로정기보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험수익자
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제18조 【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제21조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제19조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때

에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제21조【가입자의 고지의무】및 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제24조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제13조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해사망보험금 : 별표4(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 일반재해사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(다만, 제2호에서 정하는 교통재해는 제외합니다. 이하 "일반재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
4. 일반사망보험금 : 교통재해 및 일반재해 (이하 "교통재해"와 "일반재해"를 합하여 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 사망하였을 때
5. 교통재해장해급부금 : 교통재해를 직접적인 원인으로 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
6. 일반재해장해급부금 : 일반재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제1호에서 정한 만기급부금을 보험수익자에게 지급합니다.

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴

때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑭ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑮ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제16조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 일반사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제17조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제18조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제19조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제20조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제21조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제22조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제23조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제24조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제6호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제21조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제33조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제34조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제36조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제37조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제7장 선지급서비스특칙

제38조【특칙의 성립 및 소멸】
① 이 특칙은 계약자와 피보험자가 동일한 계약에 한하여 적용합니다.
② 이 특칙에 대한 체신관서의 보장개시는 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용합니다.
③ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제39조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】에 정한 선지급사망보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특칙도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제39조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】
체신관서는 보험기간 중에 의료법 제3조【의료기관】제3항에서 정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 잔여수명(이하 “여명”이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 체신관서가 정한 방법에 따라 사망보험금액의 60%를 선지급사망보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제40조【선지급에 관한 세부규정】
① 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특칙의 선지급사망

보험금 지급일 이후 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호 내지 제4호의 사망보험금의 청구를 받아도 이 특칙에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 아니합니다.
② 이 특칙의 선지급사망보험금이 지급되기 전에 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호 내지 제4호의 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특칙의 선지급사망보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 선지급사망보험금을 지급하는 날의 사망보험금을 기준으로 합니다.
④ 피보험자 또는 대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제39조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】의 규정에 해당된 경우에는 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제41조【대리청구인】
① 피보험자가 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 없는 경우에는 다음의 자(이하 “대리청구인”이라 합니다)가 제42조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】에 정한 구비서류를 제출하고 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 있습니다.
1. 선지급사망보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자
2. 선지급사망보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 직계존비속
② 제1항의 규정에 의하여 체신관서가 이 특칙의 선지급사망보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특칙의 선지급사망보험금 청구를 받더라도 이를 지급하지 아니합니다.

제42조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】
① 피보험자 또는 대리청구인은 이 계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 있습니다.
② 피보험자 또는 대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서(대리청구인이 청구할 경우)
5. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본(대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 피보험자 또는 대리청구인이 선지급사망보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제43조【선지급사망보험금의 지급】
① 체신관서는 제42조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 이 특칙의 선지급사망보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 피보험자가 체신관서로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날때까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 체신관서가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날때까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 선지급사망보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

제44조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료
교통재해 사망보험금	교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	3,000만원
일반재해 사망보험금	일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원
일반사망 보 험 금	재해 이외의 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
교통재해 장해급부금	교통재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	3,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급부금	일반재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 × 해당 장해지급률

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

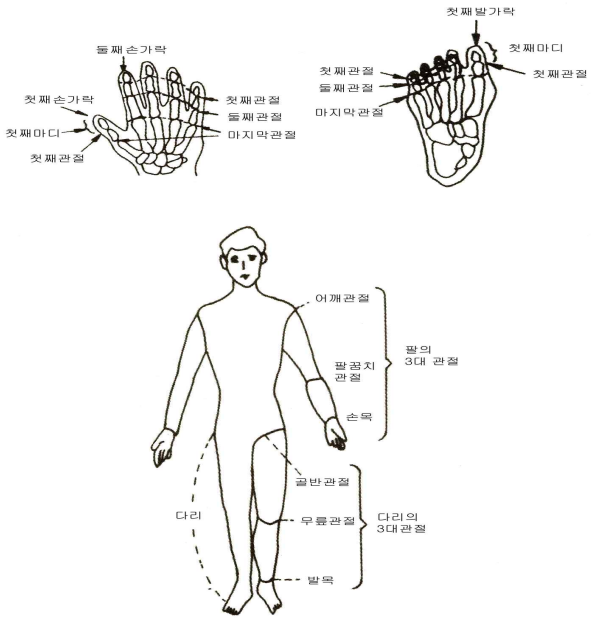
1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

< 순수보장형 >

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 60세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	91,200	-	55,200	-
3년	273,600	26,700	165,600	-
5년	456,000	106,800	276,000	36,500
7년	638,400	143,500	386,400	48,600
10년	912,000	183,900	552,000	63,900
15년	1,368,000	156,700	828,000	54,100
20년	1,824,000	-	1,104,000	-

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

< 만기환급형 >

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 60세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	252,000	101,500	160,800	31,800
3년	756,000	528,600	482,400	312,700
5년	1,260,000	981,900	804,000	610,900
7년	1,764,000	1,424,200	1,125,600	888,200
10년	2,520,000	2,142,100	1,608,000	1,343,900
15년	3,780,000	3,470,800	2,412,000	2,200,300
20년	5,040,000	5,040,000	3,216,000	3,216,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
교통재해사망보험금 일반재해사망보험금 일반사망보험금 교통재해장해급부금 일반재해장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.

무배당 우체국건강클리닉보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】

① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.

② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.

④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

⑥ 이 계약이 제3항에 의하여 성립되었을 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제7조【계약의 갱신】에 의하여 갱신되는 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

제2조【청약의 철회】

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】

① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.

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

제4조【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. "플러스적립금"이라 함은 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말합니다.
2. "책임준비금"이라 함은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 "환급금대출이율-1.5%"(3.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. "예정 책임준비금"이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액(구좌수)과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우

2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액(구좌수)의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액(구좌수)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제28조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약의 갱신】
① 이 계약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액(구좌수)과 동일한 보험기간 및 보험가입금액(구좌수)으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 "보험요율"이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제28조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표13 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제28조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제32조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제31조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑥ 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제29조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제28조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제28조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1.5%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제31조【가입자의 고지의무】 및 제32조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제34조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 3대질병치료보험금 : 최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회에 한하여 지급하며, 뇌출혈 및 급성심근경색증은 15세 계약해당일 이후부터 보장합니다)
3. 10대성인질환입원급부금 : 10대성인질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

4. 10대성인질환수술급부금 : 10대성인질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10대성인질환수술을 받았을 때
5. 입원치료자금 : 별표4(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일이상 계속입원하였을 때
6. 수술급부금 : 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표5(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
7. 장해연금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
8. 장해급부금 : 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 50%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때
9. 골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때

② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

③ 3대질병치료보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 3대질병치료보험금을 지급합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 또는 15세 계약해당일의 전일 이전에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 3대질병치료보험금이 지급된 후에 제7조【계약의 갱신】에 의하여 이 계약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 3대질병치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 3대질병치료보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 3대질병치료보험금이 지급된 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 3대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 10대성인질환입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 10대성인질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 10대성인질환에 의한 입원이라도 10대성인질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 10대성인질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
4. 제7조【계약의 갱신】에 의하여 이 계약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.

⑤ 입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
3. 제7조【계약의 갱신】에 의하여 이 계약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다.

⑥ 10대성인질환수술급부금 및 수술급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 10대성인질환수술급부금의 경우, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 10대성인질환수술을 받은 경우에는 1회의 10대성인질환수술급부금만을 지급합니다.
2. 수술급부금의 경우, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.

⑦ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑧ 제7항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑨ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑩ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.

⑪ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑫ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑭ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해연금 또는 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금 또는 장해급부금에서 이미 지급한 장해연금 또는 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑮ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해연금 또는 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해연금 또는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금 또는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해연금 또는 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.

⑯ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑱ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

⑲ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 않습니다.

제18조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표8(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제21조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표9(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제22조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표10(급성심근경색증분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 피보험자의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 피보험자의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제23조【10대성인질환의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "10대성인질환"이라 함은 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 한국표준질병·사인분류 중 별표11(주요성인질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 10대성인질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서에서 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증의 진단확정은 제18조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】내지 제22조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】의 규정을 적용합니다.

제24조【입원, 10대성인질환수술 및 수술의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사에 의하여 10대성인질환 및 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "10대성인질환수술"이라 함은 의사에 의하여 10대성인질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.
③ 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표5(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제25조【골절의 정의】
이 계약에서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표12(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제26조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 10대성인질환입원급부금 또는 입원치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제27조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제28조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

제29조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제30조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제31조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)
제32조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제28조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제33조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제28조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제34조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제35조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제9호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제36조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제37조【계약자의 주소변경 통지】

① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제38조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제39조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서 및 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단서
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 및 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제40조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제39조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제31조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표14(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다

제41조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제42조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제43조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제44조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제45조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제46조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제47조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제48조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준)

<table>
<tr><th>지급구분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="3">지 급 액</th></tr>
<tr><td>건강관리자금</td><td>보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때</td><td colspan="3">100만원 + 플러스적립금</td></tr>
<tr><td>3대질병
치료보험금</td><td>최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회한이며, 뇌출혈 및 급성심근경색증은 15세 계약해당일 이후부터 보장함)</td><td>구분 / 경과기간</td><td>암,
뇌출혈,
급성심근경색증</td><td>갑상샘암,
기타피부암,
상피내암,
경계성 종양</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>1년미만
2년미만
2년이상</td><td>900만원
2,100만원
3,000만원</td><td>90만원
210만원
300만원</td></tr>
<tr><td>10대성인질환
입원급부금</td><td>10대성인질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)</td><td colspan="3">3만원 (120일 한도)</td></tr>
<tr><td>10대성인질환
수술급부금</td><td>10대성인질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10대성인질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)</td><td colspan="3">100만원</td></tr>
<tr><td>입원치료자금</td><td>질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일이상 계속입원하였을 때</td><td>10일이상 ~ 20일미만
20일이상 ~ 30일미만
30일이상 ~ 50일미만
50일이상 ~100일미만
100일이상 ~200일미만
200일이상</td><td colspan="2">10만원
30만원
50만원
100만원
200만원
500만원</td></tr>
<tr><td>수술급부금</td><td>질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)</td><td>1종수술
2종수술
3종수술
4종수술
5종수술</td><td colspan="2">10만원
30만원
50만원
100만원
500만원</td></tr>
<tr><td>장해연금</td><td>장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때</td><td>100%
80%~100%미만
50%~ 80%미만</td><td colspan="2">500만원씩 10년
300만원씩 10년
100만원씩 10년</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3">(매년 장해진단해당일 확정지급)</td></tr>
<tr><td>장해급부금</td><td>재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 50%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때</td><td colspan="3">1,000만원 × 해당 장해지급률</td></tr>
<tr><td>골절치료자금</td><td>재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)</td><td colspan="3">30만원</td></tr>
</table>

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 책임준비금을 지급합니다.
2. 입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.
3. 장해연금의 경우 보험수익자가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.
4. 플러스적립금은 적립순보험료를 적립이율과 예정이율의 차이로 부리·적립한 금액으로, 적립이율이 변경된 경우에는 플러스적립금도 달라집니다.
5. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.

9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률(%)
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리

① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태

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

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

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

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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

3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.

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

5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

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

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

나) “심한 장해”라 함은

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

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

다) “뚜렷한 장해”라 함은

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

라) “약간의 장해”라 함은

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

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

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

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

다. 지급률의 결정

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

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

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

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

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.

4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.

5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

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

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

나) “심한 장해”라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

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

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

라) “약간의 장해”라 함은

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

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

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

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

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

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

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

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)

- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

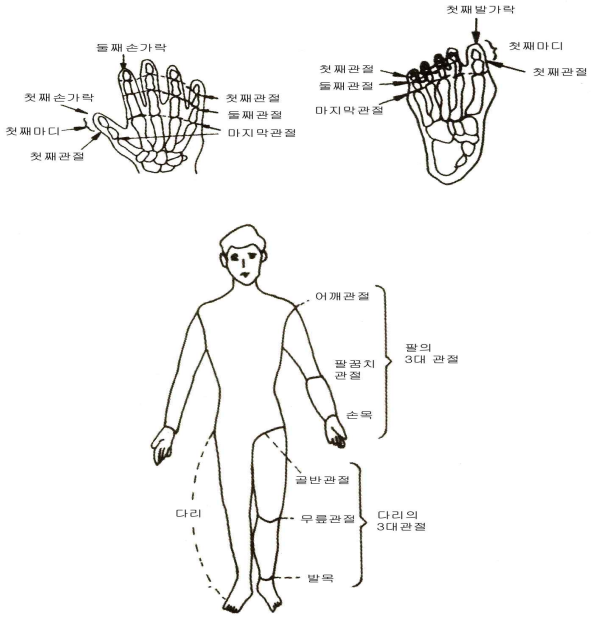
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도



[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원 또는 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원 또는 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	 3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)	5종 3종 4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 " Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표6]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물 피부의 악성 흑색종 중피성 및 연조직의 악성신생물 유방의 악성신생물	C40 - C41 C43 C45 - C49 C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물 남성 생식기관의 악성신생물 요로의 악성신생물	C51 - C58 C60 - C63 C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물 부신의 악성신생물 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C69 - C72 C74 C75 C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C81 - C96 C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표7]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표9]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표11]

주 요 성 인 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 주요성인질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	급성 류마티스 열	I00 - I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05 - I09
	허혈성 심장 질환	I20 - I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26 - I28
	기타 형태의 심장병	I30 - I52
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60 - I69
간질환	바이러스 간염	B15 - B19
	간의 질환	K70 - K77
당뇨병	당뇨병	E10 - E14
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10, I11, I12, I13, I15
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00 - E07
콩팥기능상실(신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17 - N19
녹내장	녹내장	H40 - H42
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표12]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표13]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	406,800	50,600	600	51,200
3년	1,220,400	435,200	5,200	440,400
5년	2,034,000	739,900	13,300	753,200
7년	2,847,600	900,200	24,300	924,500
10년	4,068,000	1,000,000	45,200	1,045,200

■ 여 자

(기준 : 보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	410,400	48,200	600	48,800
3년	1,231,200	412,400	5,100	417,500
5년	2,052,000	699,300	12,700	712,000
7년	2,872,800	854,000	23,200	877,200
10년	4,104,000	1,000,000	43,400	1,043,400

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표14]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
3대질병치료보험금 10대성인질환입원급부금 10대성인질환수술급부금 입원치료자금, 수술급부금 초년도 장해연금, 장해급부금 골절치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
2차년도 이후 장해연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 우체국큰병큰보장보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.
⑥ 이 계약이 제3항에 의하여 성립되었을 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제7조【계약의 갱신】에 의하여 갱신되는 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【용어의 정의】
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. "플러스적립금"이라 함은 책임준비금과 예정 책임준비금의 차이를 말합니다.
2. "책임준비금"이라 함은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 "환급금대출이율-1.5%"(3.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. "예정 책임준비금"이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액(구좌수)과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액(구좌수)의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액(구좌수)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약의 갱신】
① 이 계약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액(구좌수)과 동일한 보험기간 및 보험가입금액(구좌수)으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 "보험요율"이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제26조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표7 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제30조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제29조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑥ 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제27조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제26조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제26조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1.5%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제29조【가입자의 고지의무】 및 제30조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제32조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 3대질병치료보험금 : 최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회에 한하여 지급함)
3. 3대질병입원급부금 : 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

4. 3대질병수술급부금 : 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때

② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 3대질병치료보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 3대질병치료보험금을 지급합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 3대질병치료보험금이 지급된 후에 제7조【계약의 갱신】에 의하여 이 계약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 3대질병치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 3대질병치료보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 3대질병치료보험금이 지급된 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 3대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 3대질병입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증에 의한 입원이라도 3대질병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 3대질병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
4. 제7조【계약의 갱신】에 의하여 이 계약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.

④ 3대질병수술급부금의 경우, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 3대질병수술급부금만을 지급합니다.

제18조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【상피내암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제21조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제22조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 피보험자의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 피보험자의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제23조【입원 및 수술의 정의와 장소】

① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술(기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 3대질병입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제25조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제26조【해약환급금】

이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

제27조【환급금대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제28조【배당금 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제29조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제30조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제26조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제31조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제32조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제33조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제4호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제34조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제35조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한

시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제36조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제37조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 입원확인서, 수술증명서 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단서
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 및 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제38조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제37조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제29조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다

제39조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제40조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제41조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제42조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제43조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제44조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제45조【분쟁조정】

계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제46조【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준)

<table>
<tr><th>지급구분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="3">지 급 액</th></tr>
<tr><td>건강관리자금</td><td>보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때</td><td colspan="3">100만원 + 플러스적립금</td></tr>
<tr><td rowspan="4">3대질병
치료보험금</td><td rowspan="4">최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회한)</td><td>구분
경과기간</td><td>암,
뇌출혈,
급성심근경색증</td><td>갑상샘암,
기타피부암,
상피내암,
경계성 종양</td></tr>
<tr><td>1년미만</td><td>900만원</td><td>90만원</td></tr>
<tr><td>2년미만</td><td>2,100만원</td><td>210만원</td></tr>
<tr><td>2년이상</td><td>3,000만원</td><td>300만원</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3대질병
입원급부금</td><td rowspan="3">암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당, 120일 한도)</td><td>1년미만</td><td colspan="2">1만5천원</td></tr>
<tr><td>2년미만</td><td colspan="2">3만5천원</td></tr>
<tr><td>2년이상</td><td colspan="2">5만원</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3대질병
수술급부금</td><td rowspan="3">암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)</td><td>1년미만</td><td colspan="2">30만원</td></tr>
<tr><td>2년미만</td><td colspan="2">70만원</td></tr>
<tr><td>2년이상</td><td colspan="2">100만원</td></tr>
</table>

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 책임준비금을 지급합니다.

2. 플러스적립금은 적립순보험료를 적립이율과 예정이율의 차이로 부리·적립한 금액으로, 적립이율이 변경된 경우에는 플러스적립금도 달라집니다.

3. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표5]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	312,000	64,900	600	65,500
3년	936,000	417,700	4,900	422,600
5년	1,560,000	700,700	12,600	713,300
7년	2,184,000	865,300	23,100	888,400
10년	3,120,000	1,000,000	43,400	1,043,400

■ 여 자

(기준 : 보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	315,600	62,400	600	63,000
3년	946,800	392,200	4,800	397,000
5년	1,578,000	656,200	11,900	668,100
7년	2,209,200	817,000	21,900	838,900
10년	3,156,000	1,000,000	41,500	1,041,500

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표8]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
3대질병치료보험금 3대질병입원급부금 3대질병수술급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 우체국 하나로OK보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.
⑥ 이 계약이 제3항에 의하여 성립되었을 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제7조【계약의 갱신】에 의하여 갱신되는 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【용어의 정의】
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. "플러스적립금"이라 함은 책임준비금과 예정책임준비금과의 차이를 말합니다.
2. "책임준비금"이라 함은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 "환급금대출이율-1.5%"(3.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. "예정책임준비금"이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견

하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】

① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.

1. 보험가입금액의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항

② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약의 갱신】

① 이 계약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)을 준용합니다.

② 제1조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.

④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.

⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 "보험요율"이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조 【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 "해약환급금 예시표" 참조)

② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제9조【계약의 소멸】

피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】

① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)

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

③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

⑥ 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.

② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.

③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제21조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】

① 최초계약의 제2회 이후의 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1.5%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.

② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.

② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

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

④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.

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

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】

체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)

1. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 교통재해사망보험금 : 별표4(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 일반재해사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(다만, 제2호에서 정하는 교통재해는 제외합니다. 이하 "일반재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
4. 일반사망보험금 : 교통재해 및 일반재해 (이하 "교통재해"와 "일반재해"를 합하여 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 사망하였을 때
5. 교통재해장해급부금 : 교통재해를 직접적인 원인으로 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
6. 일반재해장해급부금 : 일반재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 하나의 사고로 인한 재해(이하 "동일한 재해"라 합니다)로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 일반사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제20조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 산출방법서에 따라 계산합니다.

제21조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제22조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 제2호 내지 제6호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에

필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에 관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제7장 선지급서비스특칙

제40조【특칙의 성립 및 소멸】
① 이 특칙은 계약자와 피보험자가 동일한 계약에 한하여 적용합니다.
② 이 특칙에 대한 체신관서의 보장개시는 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용합니다.
③ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제41조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】에 정한 선지급사망보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특칙도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제41조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】
체신관서는 보험기간 중에 의료법 제3조【의료기관】제3항에서 정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 잔여수명(이하 "여명"이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 체신관서가 정한 방법에 따라 사망보험금액의 60%를 선지급사망보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

제42조【선지급에 관한 세부규정】
① 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특칙의 선지급사망보험금 지급일 이후 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호 내지 제4호의 사망보험금의 청구를 받아도 이 특칙에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 아니합니다.
② 이 특칙의 선지급사망보험금이 지급되기 전에 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호 내지 제4호의 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특칙의 선지급사망보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 선지급사망보험금을 지급하는 날의 사망보험금을 기준으로 합니다.
④ 피보험자 또는 대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제41조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】의 규정에 해당된 경우에는 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제43조【대리청구인】
① 피보험자가 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 없는 경우에는 다음의 자(이하 "대리청구인"이라 합니다)가 제44조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】에 정한 구비서류를 제출하고 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 있습니다.
1. 선지급사망보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자
2. 선지급사망보험금 청구시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 직계존비속
② 제1항의 규정에 의하여 체신관서가 이 특칙의 선지급사망보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특칙의 선지급사망보험금 청구를 받더라도 이를 지급하지 아니합니다.

제44조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】
피보험자 또는 대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서(대리청구인이 청구할 경우)
5. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본(대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 피보험자 또는 대리청구인이 선지급사망보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제45조【선지급사망보험금의 지급】
① 체신관서는 제44조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 이 특칙의 선지급사망보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 피보험자가 체신관서로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날때까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 체신관서가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날때까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 선지급사망보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

제46조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 사망보험금	교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	3,000만원 + 플러스적립금
일반재해 사망보험금	일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원 + 플러스적립금
일반사망 보 험 금	재해 이외의 원인으로 사망하였을 때	1,000만원 + 플러스적립금
교통재해 장해급부금	교통재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	3,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급부금	일반재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 × 해당 장해지급률
건강관리자금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	100만원 + 플러스적립금

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 악간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 악간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정
1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준
1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준
1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40

장해의 분류	지급률
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

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

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도

[별표4]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	170,400	0	200	200
3년	511,200	232,100	2,500	234,600
5년	852,000	476,700	7,300	484,000
7년	1,192,800	681,500	14,900	696,400
10년	1,704,000	1,000,000	32,400	1,032,400

■ 여 자

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	144,000	0	200	200
3년	432,000	225,900	2,400	228,300
5년	720,000	463,000	7,100	470,100
7년	1,008,000	668,000	14,500	682,500
10년	1,440,000	1,000,000	31,700	1,031,700

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
교통재해사망보험금 일반재해사망보험금 일반사망보험금 교통재해장해급부금 일반재해장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.

평생보장암보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.
⑥ 이 계약이 제3항에 의하여 성립되었을 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제6조【계약의 갱신】에 의하여 갱신되는 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.
4. 피보험자가 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】제5항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】제1항에서 정한 암으로 진단확정된 경우

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액(구좌수)의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자

4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액(구좌수)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약의 갱신】
① 이 계약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 전 항의 규정에도 불구하고 피보험자에게 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에서 정한 암치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다. 단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 받은 경우에는 계약을 갱신할 수 있습니다.
④ 갱신계약은 갱신 전 계약의 보험기간 및 보험가입금액(구좌수)과 동일한 보험기간 및 보험가입금액(구좌수)으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
⑤ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑥ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 "보험요율"이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑦ 제5항 및 제6항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표6 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자에게 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 암치료보험금 지급사유가 발생(단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양으로 진단확정 받은 경우는 제외)하였거나 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전 항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제25조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
⑥ 제5항의 규정에도 불구하고 제40조【계약나이의 계산】에서 정한 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 제1항에 정한 보장개시일을 암보장개시일로 합니다.
⑦ 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다.
⑧ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제23조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제25조【가입자의 고지의무】및 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제28조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지 합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 암치료보험금 : 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었거나, 보험기간 중 최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 최초계약의 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
③ 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되어 해당 암치료보험금이 지급된 후에 제6조【계약의 갱신】에 의하여 이 계약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되어 해당 암치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 암치료보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 암치료보험금이 지급된 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 암치료보험금을 지급하지 아니합니다.

제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 계약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 "고액암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표3(고액치료비 관련 악성신생물분류표)에 정한 암을 말합니다.
⑤ 이 계약에 있어서 "일반암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 고액암을 제외한 암을 말합니다.
⑥ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
      피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제21조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제22조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제23조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제24조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제25조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제26조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제27조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제28조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제29조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제30조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제31조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제32조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서(암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단확정의 경우)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 및 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제34조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제25조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다

제35조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제36조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제37조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제38조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제40조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제41조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제42조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
		구분 / 경과기간	고액암	일반암
암치료 보험금	암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	1년 미만	1,800만원	900만원
		2년 미만	4,200만원	2,100만원
		2년 이상	6,000만원	3,000만원
	보험기간 중 최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	1년 미만	90만원	
		2년 미만	210만원	
		2년 이상	300만원	
건강관리자금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	100만원		

주) 1. 피보험자에게 암치료보험금 지급사유가 발생(단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양은 제외)하였거나 피보험자 사망시에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 책임준비금을 지급합니다.
3. 갱신계약의 경우 90일의 보장제외 기간 및 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

고액치료비 관련 악성신생물분류표

약관에 규정하는 고액치료비 관련 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장(이자)의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
- 호지킨병	C81
- 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표6]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	226,800	39,600	264,000	65,800
3년	680,400	347,400	792,000	362,900
5년	1,134,000	618,400	1,320,000	609,400
7년	1,587,600	800,600	1,848,000	776,700
10년	2,268,000	1,000,000	2,640,000	1,000,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표7]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
암치료보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 꿈나무보험(보장형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표14 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 만기환급금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 동항 제2호 내지 제11호의 해당 보험금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "적립부분 보험료" 와 "보장부분 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제31조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제30조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료 납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제28조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1.5%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1.5%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제30조【가입자의 고지의무】및 제31조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제33조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지 합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기환급금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 암치료보험금 : 최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 1회에 한하여 지급함)
3. 재활보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
4. 입원급부금 : 별표4(질병 및 재해 분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
5. 주요 성장기질환 입원급부금 : 별표5(주요 성장기질환 분류표)에서 정하는 질병(이하 "주요 성장기질환"이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
6. 장기입원급부금 : 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때
7. 수술급부금 : 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표6(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
8. 주요 성장기질환 수술급부금 : 주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
9. 골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
10. 화상치료자금 : 재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때
11. 식중독치료자금 : 식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
③ 제2항에서 정한 적립금액이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 적립부분 예정사업비를 공제한 금액)를 적립이율로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액입니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 암치료보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 보험기간 중 피보험자가 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 최초의 소아암 이외의 암(이하 '일반암'이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 후에 최초의 소아암(이하 '소아암'이라 합니다)으로 진단 확정된 경우, 소아암에 해당하는 암치료보험금에서 이미 지급된 일반암에 대한 암치료보험금을 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나 최초의 소아암으로 먼저 진단 확정되고 그 후에 최초의 일반암으로 진단 확정된 경우에는 일반암에 대한 암치료보험금이 이미 지급된 소아암에 대한 암치료보험금보다 큰 경우에 한

하여 그 차액을 추가로 지급합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 동상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 하나의 사고로 인한 재해(이하 "동일한 재해"라 합니다)로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재활보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 재활보험금에서 이미 지급한 재활보험금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 재활보험금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 재활보험금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 재활보험금에서 이미 지급한 것으로 본 재활보험금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.
⑮ 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 및 장기입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 입원급부금 및 주요 성장기질환 입원급부금의 경우 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급하며, 장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 질병 또는 재해, 동일 주요 성장기질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해, 동일 주요 성장기질환에 의한 입원이라도 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 또는 장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 또는 장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑯ 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.
⑰ 주요 성장기질환 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 주요 성장기질환 수술급부금만을 지급합니다.
⑱ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.
⑲ 화상치료자금 및 식중독치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. "계속 입원"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.
2. 동일 화상 또는 식중독으로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일 화상 또는 식중독에 의한 입원이라도 화상치료자금 또는 식중독치료자금이 지급된 최초입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 계약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 "소아암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표8(소아암분류표)에 정한 암을 말합니다.
⑤ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표9(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표10(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【입원 및 수술의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 주요 성장기질환 및 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 주요성장기질환 및 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다

제21조【골절의 정의】
이 계약에 있어서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표11(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제22조【화상의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "화상"이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표12(화상분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
② 화상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제23조【식중독의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표13(식중독분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 식중독의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금, 장기입원급부금, 화상치료자금 및 식중독치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제25조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제26조【이율적용】
적립부분 순보험료에 대하여 적용하는 이율은 적립이율로 합니다.

제27조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제28조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제29조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제30조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제31조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제32조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제33조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제34조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제11호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제35조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제36조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제37조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제38조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서, 화상진단서, 식중독진단서 및 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서(암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단 확정의 경우)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 및 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제39조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제38조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제30조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표15(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제40조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제41조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제42조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제43조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제45조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제46조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제47조【특칙의 적용】
이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아(胎兒)인 경우에 한하여 적용합니다.

제48조【피보험자】
제47조【특칙의 적용】의 태아(이하 "태아"라 합니다)는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제49조【출생통지】
① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.

제50조【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】
① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 최종 보험료영수증
③ 제2항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환합니다.

제51조【복수(複數) 출생의 경우】
① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록부상 선순위(先順位)로 기재된 자를 피보험자로 합니다.
② 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록부상 다음 순위의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.
③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
④ 제2항의 변경을 체신관서가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 체신관서는 그 때부터 변경 후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.
⑥ 다음의 경우에는 체신관서는 제2항의 변경을 취급하지 아니합니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 사망급부금이 이미 지급된 경우 또는 사망급부금의 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제52조【출생전 보험금 지급사유 발생】
피보험자의 출생전에 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에 따라 지급합니다.

제53조【계약나이의 계산 특례(特例)】
보험계약일에 있어서 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제54조【보험료 정산에 관한 내용】

계약 체결시 피보험자가 태아일 경우의 보장부분 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 여자일 경우에는 보험계약일로 소급하여 여자 0세를 기준으로 적용합니다.

제55조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
만기환급금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	적립금액		
암치료보험금	최초의 암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	구분 / 경과기간	소아암	일반암
		1년 미만	1,500만원	900만원
		2년 미만	3,500만원	2,100만원
		2년 이상	5,000만원	3,000만원
	최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되었을 때 (단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	1년 미만	90만원	
		2년 미만	210만원	
		2년 이상	300만원	
재활보험금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장해지급률		
입원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)		
주요 성장기질환 입원급부금	주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)		
장기입원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때 (30일 초과 입원일수 1일당)	3만원 (90일 한도)		
수술급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원		
주요 성장기질환 수술급부금	주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원		
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만원		
화상치료자금	재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원		
식중독치료자금	식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원		

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
2. "적립금액"이란 적립부분 순보험료를 "적립이율"로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라집니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

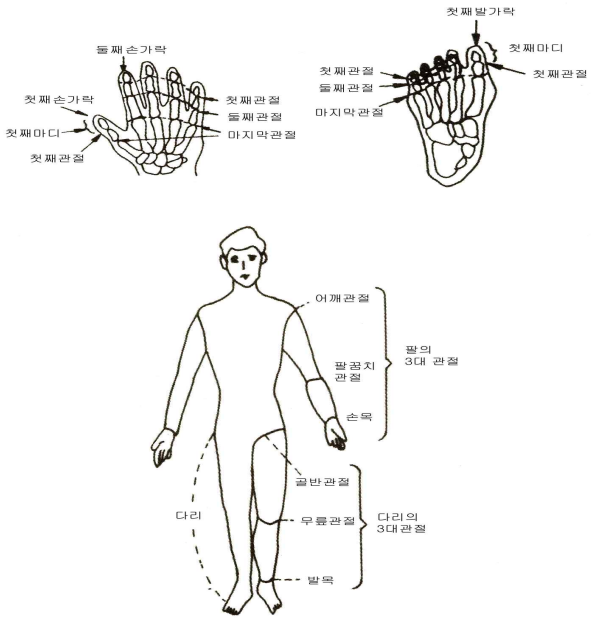
1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원 또는 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원 또는 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

주요 성장기 질환 분류표

약관에서 규정하는 "주요 성장기 질환"으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분		분류번호
아토피 피부염	아토피 피부염	L20
가운데귀 및 꼭지돌기의 질환	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
만성 굴염	만성 굴염	J32
급성상기도 감염	급성 상기도 감염	J00~J06
결핵	결핵	A15~A19
바이러스 간염	바이러스 간염	B15~B19
중추신경계통의 염증성 질환	중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
간질	간질	G40
	간질 지속상태	G41
결막의 장애	결막의 장애	H10,H11,H13
만성기관지염	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
천식	천식	J45
	천식 지속상태	J46

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)	5종 3종 4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표7]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표8]

소 아 암 분 류 표

약관에 규정하는 소아암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
3. 수막의 악성신생물	C70
4. 뇌의 악성신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
6. 호지킨병	C81
7. 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
8. 미만성 비호지킨 림프종	C83
9. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
10. 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
11. 악성 면역증식성 질환	C88
12. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
13. 림프 백혈병	C91
14. 골수성 백혈병	C92
15. 단핵구성 백혈병	C93
16. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
17. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
18. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표11]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표12]

화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표13]

식 중 독 분 류 표

약관에 규정하는 식중독은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독 작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표14]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 5세, 20년만기 전기납, 월납보험료 10,000원, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	120,000	30,190	120,000	45,400
3년	360,000	100,970	360,000	151,820
5년	600,000	238,260	600,000	279,950
7년	840,000	356,500	840,000	413,380
10년	1,200,000	548,790	1,200,000	637,330
20년	2,400,000	989,110	2,400,000	1,487,280

주) 1. 위 해약환급금은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 및 보험료납입일 변동시에는 위 금액도 달라지게 됩니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표15]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
암치료보험금 재활보험금 입원급부금 주요 성장기질환 입원급부금 장기입원급부금 수술급부금 주요 성장기질환 수술급부금 골절치료자금 화상치료자금 식중독치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기환급금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 꿈나무보험(저축형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표14 “해약환급금 예시표” 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 동항 제2호 내지 제11호의 해당 보험금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 “적립부분 보험료” 와 “보장부분 보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제31조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제30조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료 납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제28조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입 전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일

로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1.5%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1.5%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제30조【가입자의 고지의무】 및 제31조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제33조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지 합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 암치료보험금 : 최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 1회에 한하여 지급함)
3. 재활보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
4. 입원급부금 : 별표4(질병 및 재해 분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
5. 주요 성장기질환 입원급부금 : 별표5(주요 성장기질환 분류표)에서 정하는 질병(이하 "주요 성장기질환"이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
6. 장기입원급부금 : 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때
7. 수술급부금 : 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표6(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
8. 주요 성장기질환 수술급부금 : 주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
9. 골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
10. 화상치료자금 : 재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때
11. 식중독치료자금 : 식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
③ 제2항에서 정한 적립금액이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 적립부분 예정사업비를 공제한 금액)를 적립이율로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액입니다. 단, 보험계약일로부터 매3년 시점에서 직전보험년도말 적립금액에 대하여 2.0%의 보너스이율을 적용합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 암치료보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 보험기간 중 피보험자가 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 최초의 소아암 이외의 암(이하 '일반암'이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 후에 최초의 소아암(이하 '소아암'이라 합니다)으로 진단 확정된 경우, 소아암에 해당하는 암치료보험금에서 이미 지급된 일반암에 대한 암치료보험금을 뺀 차액을 추가로 지급합니다. 그러나 최초의 소아암으로 먼저 진단 확정되고 그 후에 최초의 일반암으로 진단 확정된 경우에는 일반암에 대한 암치료보험금이 이미 지급된 소아암에 대한 암치료보험금보다 큰 경우에 한하여 그 차액을 추가로 지급합니다.

④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 하나의 사고로 인한 재해(이하 "동일한 재해"라 합니다)로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재활보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 재활보험금에서 이미 지급한 재활보험금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 재활보험금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 재활보험금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 재활보험금에서 이미 지급한 것으로 본 재활보험금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.
⑮ 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 및 장기입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 입원급부금 및 주요 성장기질환 입원급부금의 경우 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급하며, 장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 질병 또는 재해, 동일 주요 성장기질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해, 동일 주요 성장기질환에 의한 입원이라도 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 또는 장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 또는 장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑯ 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.
⑰ 주요 성장기질환 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 주요 성장기질환 수술급부금만을 지급합니다.
⑱ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.
⑲ 화상치료자금 및 식중독치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. "계속 입원"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.
2. 동일 화상 또는 식중독으로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일 화상 또는 식중독에 의한 입원이라도 화상치료자금 또는 식중독치료자금이 지급된 최초입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 계약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 "소아암"이라 함은 제1항에서 정한 암 중 별표8(소아암분류표)에 정한 암을 말합니다.
⑤ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증

거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표9(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표10(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【입원 및 수술의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 주요 성장기질환 및 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 주요성장기질환 및 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다

제21조【골절의 정의】
이 계약에 있어서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표11(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제22조【화상의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "화상"이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표12(화상분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
② 화상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제23조【식중독의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "식중독"이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표13(식중독분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 식중독의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제24조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금, 장기입원급부금, 화상치료자금 및 식중독치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제25조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제26조【이율적용】
① 적립부분 순보험료에 대하여 적용하는 이율은 적립이율로 합니다.
② 보험계약일로부터 매3년 시점에서 직전보험년도말 적립금액에 대하여 2.0%의 보너스이율을 적용합니다.

제27조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제28조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제29조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제30조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제31조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제32조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제27조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제33조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제34조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제11호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제35조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제36조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제37조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제38조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서, 화상진단서, 식중독진단서 및 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서(암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단 확정의 경우)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 및 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제39조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제38조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제30조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표15(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제40조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제41조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제42조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제43조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제45조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제46조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제47조【특칙의 적용】
이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아(胎兒)인 경우에 한하여 적용합니다.

제48조【피보험자】
제47조【특칙의 적용】의 태아(이하 "태아"라 합니다)는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제49조【출생통지】
① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.

제50조【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】
① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 최종 보험료영수증
③ 제2항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환합니다.

제51조【복수(複數) 출생의 경우】
① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록부상 선순위d(先順位)로 기재된 자를 피보험자로 합니다.
② 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록부상 다음 순위의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.
③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
④ 제2항의 변경을 체신관서가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 체신관서는 그 때부터 변경 후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.
⑥ 다음의 경우에는 체신관서는 제2항의 변경을 취급하지 아니합니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 사망급부금이 이미 지급된 경우 또는 사망급부금의 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제52조【출생전 보험금 지급사유 발생】
피보험자의 출생전에 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에 따라 지급합니다.

제53조【계약나이의 계산 특례(特例)】
보험계약일에 있어서 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제54조【보험료 정산에 관한 내용】
계약 체결시 피보험자가 태아일 경우의 보장부분 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 여자일 경우에는 보험계약일로 소급하여 여자 0세를 기준으로 적용합니다.

제55조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
만기환급금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	적립금액		
암치료보험금	최초의 암으로 진단 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	구분 / 경과기간	소아암	일반암
		1년 미만	1,500만원	900만원
		2년 미만	3,500만원	2,100만원
		2년 이상	5,000만원	3,000만원
	최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되었을 때 (단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	1년 미만	90만원	
		2년 미만	210만원	
		2년 이상	300만원	
재활보험금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장해지급률		
입원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)		
주요 성장기질환 입원급부금	주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)		
장기입원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때 (30일 초과 입원일수 1일당)	3만원 (90일 한도)		
수술급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원		
주요 성장기질환 수술급부금	주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원		
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만원		
화상치료자금	재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원		
식중독치료자금	식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원		

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 보장부분 책임준비금과 적립금액을 더하여 지급합니다.
2. "적립금액"이란 적립부분 순보험료를 "적립이율"로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라지며, 보험계약일로부터 매3년 시점에서 직전보험년도말 적립금액에 대하여 2.0%의 보너스이율을 적용합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

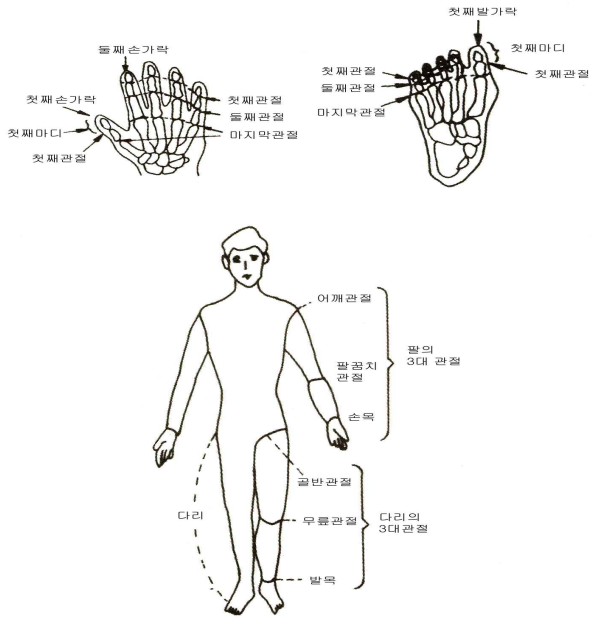
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원 또는 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원 또는 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

주요 성장기 질환 분류표

약관에서 규정하는 "주요 성장기 질환"으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구 분		분류번호
아토피 피부염	아토피 피부염	L20
가운데귀 및 꼭지돌기의 질환	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
만성 굴염	만성 굴염	J32
급성상기도 감염	급성 상기도 감염	J00~J06
결핵	결핵	A15~A19
바이러스 간염	바이러스 간염	B15~B19
중추신경계통의 염증성 질환	중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
간질	간질	G40
	간질 지속상태	G41
결막의 장애	결막의 장애	H10,H11,H13
만성기관지염	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
천식	천식	J45
	천식 지속상태	J46

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	 3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)	5종 3종 4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 악물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술· 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 악물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표7]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물 피부의 악성 흑색종 중피성 및 연조직의 악성신생물 유방의 악성신생물	C40 - C41 C43 C45 - C49 C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물 남성 생식기관의 악성신생물 요로의 악성신생물	C51 - C58 C60 - C63 C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물 부신의 악성신생물 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C69 - C72 C74 C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C81 - C96 C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표8]

소 아 암 분 류 표

약관에 규정하는 소아암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
3. 수막의 악성신생물	C70
4. 뇌의 악성신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
6. 호지킨병	C81
7. 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
8. 미만성 비호지킨 림프종	C83
9. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
10. 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
11. 악성 면역증식성 질환	C88
12. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
13. 림프 백혈병	C91
14. 골수성 백혈병	C92
15. 단핵구성 백혈병	C93
16. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
17. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
18. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표10]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표11]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표12]

화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표13]

식 중 독 분 류 표

약관에 규정하는 식중독은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독 작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표14]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 5세, 20년만기 10년납 , 월납보험료 10만원, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	967,720	1,200,000	993,170
3년	3,600,000	3,440,960	3,600,000	3,465,450
5년	6,000,000	6,093,150	6,000,000	6,135,210
7년	8,400,000	9,004,750	8,400,000	9,064,940
10년	12,000,000	13,853,530	12,000,000	13,951,010
20년	12,000,000	20,640,100	12,000,000	21,183,070

주) 1. 위 해약환급금은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 및 보험료납입일 변동시에는 위 금액도 달라지게 되며, 보험계약일로부터 매3년 시점에서 직전보험년도말 적립금액에 대하여 2.0%의 보너스이율이 적용된 금액입니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표15]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
암치료보험금 재활보험금 입원급부금 주요 성장기질환 입원급부금 장기입원급부금 수술급부금 주요 성장기질환 수술급부금 골절치료자금 화상치료자금 식중독치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 어깨동무보험(1종-생활보장형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 제3조【피보험자의 범위】에서 정한 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【피보험자의 범위】
① 이 계약의 피보험자는 주피보험자와 종피보험자로 구성되며, 주피보험자는 계약자와 동일인이어야 합니다.(이하 "주피보험자"와 "종피보험자"를 합하여 "피보험자"라 합니다)
② 제1항의 종피보험자는 장애인복지법 제32조【장애인 등록】에 의하여 등록한 장애인 또는 국가유공자등예우및지원에관한법률 제6조【등록 및 결정】에 의하여 등록한 상이자에 한합니다.(이하 "장애인"이라 합니다)

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 주피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 주피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 주피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 주피보험자가 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자인 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.

1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험수익자
   다만, 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에서 정한 장애인 생활안정자금의 보험수익자는 변경할 수 없습니다.
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항

② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【계약의 소멸】

장애인이 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】

① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】

① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날

보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】 및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】

① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 장애인 생활안정자금 : 주피보험자가 사망하고 장애인이 살아있을 때
2. 장해급부금 : 주피보험자가 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되고 장애인이 살아있을 때
3. 만기급부금 : 장애인이 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

② 보험료납입기간 중 주피보험자가 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태(보장개시일 이전의 장해는 정상으로 봅니다)가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 장애인이 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우 또는 장애인이 사망한 경우에는 보험기간 만료시까지 또는 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제3호에서 정한 만기급부금 또는 제3항에서 정한 보험료를 보험수익자에게 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 장애인 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 장애인 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 장애인 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만

적용합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑭ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑮ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
주피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 장애인생활안정자금을 지급합니다.
장애인이 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 주피보험자가 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 장애인생활안정자금을 지급합니다.
장애인이 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제22조【세제혜택】
① 이 계약은 관련세법의 규정에 따라 납입보험료 근로소득공제 및 증여세 비과세 혜택이 있습니다.
② 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】

계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
① 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 장애인 생활안정자금의 보험수익자는 장애인으로 하며, 장애인의 사망시에는 장애인의 상속인으로 합니다.
② 이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호 내지 제3호의 경우에는 주피보험자로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 주피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
장애인생활안정자금	주피보험자가 사망하고 장애인이 살아있을 때	1,000만원
장해급부금	주피보험자가 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되고 장애인이 살아있을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	장애인이 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	이미 납입한 보험료

주) 보험기간 중 장애인이 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

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

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40

장해의 분류	지급률
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

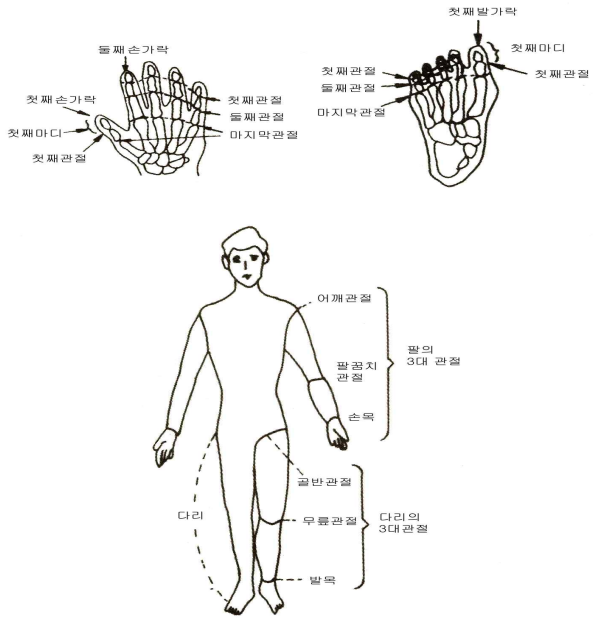
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 주피보험자 남자 40세, 20년만기, 단위 : 원)

경과 기간	일 시 납		전 기 납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,104,500	1,025,900	147,600	31,100
3년	1,104,500	1,067,600	442,800	301,000
5년	1,104,500	1,107,600	738,000	587,400
7년	1,104,500	1,144,800	1,033,200	851,300
10년	1,104,500	1,190,400	1,476,000	1,278,800
15년	1,104,500	1,201,900	2,214,000	2,060,800
20년	1,104,500	1,104,500	2,952,000	2,952,000

주) 1. 주피보험자 및 장애인 동시생존시의 해약환급금임
2. 계약해지시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장애인 생활안정자금 장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 장애인 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 어깨동무보험(2종-암보장형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 제3조【피보험자의 범위】에서 정한 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【피보험자의 범위】
이 계약의 피보험자는 장애인복지법 제32조【장애인 등록】에 의하여 등록한 장애인 또는 국가유공자등예우및지원에관한법률 제6조【등록 및 결정】에 의하여 등록한 상이자에 한합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.
3. 피보험자가 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】제5항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】제1항에서 정한 암으로 진단확정된 경우

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축

2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험수익자
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자에게 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 암치료보험금 지급사유가 발생(단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양으로 진단확정 받은 경우는 제외)하였거나 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제26조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
⑥ 제5항의 규정에도 불구하고 제41조【계약나이의 계산】에서 정한 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 제1항에 정한 보장개시일을 암보장개시일로 합니다.
⑦ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제23조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제26조【가입자의 고지의무】및 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제29조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 암치료보험금 : 암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었거나, 보험기간 중 최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제17조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 계약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대

한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제19조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제20조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제21조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제22조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제23조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제24조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제25조【세제혜택】
① 이 계약은 관련세법의 규정에 따라 납입보험료 근로소득공제 및 증여세 비과세 혜택이 있습니다.
② 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제26조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제27조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로

정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제28조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제29조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제30조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제31조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제32조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제33조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제34조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양진단서(암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단 확정의 경우)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

5. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 및 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제35조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제34조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제26조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제36조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제37조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제38조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제39조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제40조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제41조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제42조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제43조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암치료 보험금	암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 300만원 2년 미만 : 700만원 2년 이상 : 1,000만원
	보험기간 중 최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 90만원 2년 미만 : 210만원 2년 이상 : 300만원
만 기 급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	이미 납입한 보험료

주) 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 책임준비금을 지급합니다.

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상 피 내 의 신 생 물 분 류 표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 20년만기, 단위 : 원)

경과기간	일 시 납		전 기 납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,179,300	1,120,700	142,800	38,500
3년	1,179,300	1,183,900	428,400	314,500
5년	1,179,300	1,237,400	714,000	598,700
7년	1,179,300	1,284,100	999,600	855,700
10년	1,179,300	1,335,500	1,428,000	1,265,900
15년	1,179,300	1,343,800	2,142,000	2,018,100
20년	1,179,300	1,179,300	2,856,000	2,856,000

주) 전기납의 경우 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
암치료보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 어깨동무보험(3종-상해보장형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 제3조【피보험자의 범위】에서 정한 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【피보험자의 범위】
이 계약의 피보험자는 장애인복지법 제32조【장애인 등록】에 의하여 등록한 장애인 또는 국가유공자등예우및지원에관한법률 제6조【등록 및 결정】에 의하여 등록한 상이자에 한합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액의 감액
2. 보험료 수금방법

3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제25조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제22조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제25조【가입자의 고지의무】및 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제28조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 재해사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
2. 재해수술급부금 : 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표3(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
3. 재해골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
4. 건강진단자금 : 가입 후 매2년마다 계약해당일에 살아있을 때
② 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 장애인 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 재해수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 재해수술급부금만을 지급합니다.
⑤ 재해골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료자금을 지급하지 아니합니다.

제17조【수술의 정의와 장소】
이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표3(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제18조【골절의 정의】
이 계약에서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표4(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제19조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제20조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제21조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제22조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제23조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제24조【세제혜택】
① 이 계약은 관련세법의 규정에 따라 납입보험료 근로소득공제 및 증여세 비과세 혜택이 있습니다.
② 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제25조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제26조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제27조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조【해약환급금】 에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제28조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제29조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제4호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호 내지 제3호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제30조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제31조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제32조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 수술증명서, 골절진단서 및 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제34조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제25조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 건강진단자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제35조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제36조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제37조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제38조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제40조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제41조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제42조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해사망보험금	재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
재해수술급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원
재해골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	10만원
건강진단자금	가입 후 매2년마다 계약해당일에 살아있을 때	10만원

주) 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	27. 비장(脾腸) 적제술
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]

구 분	수 술 명
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	50. 음경(陰莖) 절단술
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술
	69. 누소관(淚小管)형성술
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술
	72. 각막(角膜) 이식술
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술
	82. 안근(眼筋)이식술
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술
	86. 내이(內耳) 관혈수술
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)
	92. 요실금수술, 방광류교정술

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 악물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표4]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 5년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	162,000	76,100	157,200	75,100
3년	486,000	240,100	471,600	234,600
5년	810,000	418,500	786,000	407,300
7년	810,000	282,400	786,000	274,200
10년	810,000	100,000	786,000	100,000

주) 1. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함
2. 위 경과기간별 해약환급금에는 해당 경과년도의 건강진단자금을 포함하고 있음

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
재해사망보험금 재해수술급부금 재해골절치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강진단자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

에버리치상해보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표7 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제25조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제24조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제22조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제24조【가입자의 고지의무】 및 제25조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제27조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는

부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제13조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 휴일교통재해사망보험금 : 휴일에 발생한 별표4(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 평일교통재해사망보험금 : 평일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
4. 휴일일반재해사망보험금 : 휴일에 발생한 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(다만, 제2호에서 정하는 교통재해는 제외합니다. 이하 "일반재해"라 하며, "교통재해"와 "일반재해"를 합하여 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
5. 평일일반재해사망보험금 : 평일에 발생한 일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
6. 장해연금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
7. 장해급부금 : 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 50%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때
8. 입원치료자금 : 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속 입원하였을 때
9. 수술급부금 : 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표5(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
10. 골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
② 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우 또는 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 보험기간 만료시까지 또는 재해이외의 원인으로 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제1호에서 정한 만기급부금 또는 제3항에서 정한 보험료를 보험수익자에게 지급합니다.

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해연금 또는 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금 또는 장해급부금에서 이미 지급한 장해연금 또는 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해연금 또는 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해연금 또는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금 또는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해연금 또는 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑭ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑮ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.
⑯ 입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 동일 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일 재해에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑰ 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.
⑱ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.

제16조【휴일 및 평일의 정의】
이 계약에서 "휴일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"로 하고, "평일"이라 함은 "휴일"을 제외한 나머지 날로 합니다. 단, 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고발생지의 표준시로 합니다.

제17조【입원 및 수술의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표5(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제18조【골절의 정의】
이 계약에서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표6(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제19조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제20조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제21조【해약환급금】

이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제22조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제23조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제24조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제25조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제26조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제27조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제28조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제10호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제29조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제30조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제31조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서 및 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제33조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제24조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제34조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제35조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제36조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제37조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제39조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제40조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제41조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	이미 납입한 보험료	
휴일교통재해 사망보험금	휴일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1억원	
평일교통재해 사망보험금	평일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	5,000만원	
휴일일반재해 사망보험금	휴일에 발생한 일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	5,000만원	
평일일반재해 사망보험금	평일에 발생한 일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,500만원	
장해연금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	100%	500만원씩 10년
		80%~100% 미만	300만원씩 10년
		50%~80% 미만	100만원씩 10년
		(매년 장해진단해당일 확정지급)	
장해급부금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 50%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률	
입원치료자금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속 입원하였을 때	10일 이상~20일 미만	10만원
		20일 이상~30일 미만	20만원
		30일 이상~50일 미만	30만원
		50일 이상~100일 미만	50만원
		100일 이상~200일 미만	100만원
		200일 이상	250만원
수술급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원	
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	20만원	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 드립니다.
2. 장해연금의 경우 보험수익자가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.
3. "일반재해"란 "교통재해 이외의 재해"를 말합니다.
4. 입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

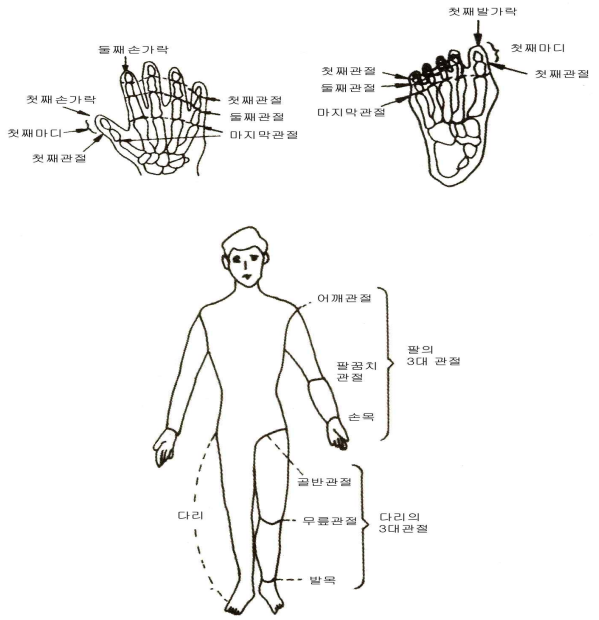
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표5]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)	5종 3종 4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 악물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표6]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	292,800	71,600	204,000	9,500
3년	878,400	512,200	612,000	318,300
5년	1,464,000	980,000	1,020,000	641,000
10년	2,928,000	2,149,400	2,040,000	1,385,200
20년	5,856,000	5,074,300	4,080,000	3,330,900
30년	5,856,000	5,709,300	4,080,000	3,886,000
40년	5,856,000	5,856,000	4,080,000	4,080,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표8]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
휴일교통재해사망보험금 평일교통재해사망보험금 휴일일반재해사망보험금 평일일반재해사망보험금 초년도 장해연금 장해급부금, 입원치료자금 수술급부금, 골절치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
2차년도 이후 장해연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

휴일재해보장보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우. 단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계

5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조 【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표3 “해약환급금 예시표” 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였거나 토요일 또는「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 정한 공휴일(이하 “공휴일”이라 합니다)에 발생한 별표2에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제22조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제22조【가입자의 고지의무】 및 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제25조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제13조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 피보험자가 토요일 또는 공휴일에 발생한 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때에 1,000만원(1구좌 기준)을 보험수익자에게 휴일재해사망보험금으로 지급합니다.

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑫ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제16조【토요일 및 공휴일의 판단기준】
이 계약에서 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고발생지의 표준시로 합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 토요일 또는 공휴일에 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망 또는 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태에 이르게 된 경우에는 휴일재해사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제22조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제23조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제24조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제25조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제26조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제27조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제28조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제29조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제31조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 공휴일을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제22조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제32조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제33조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제34조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제35조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제37조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제38조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제39조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표2]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

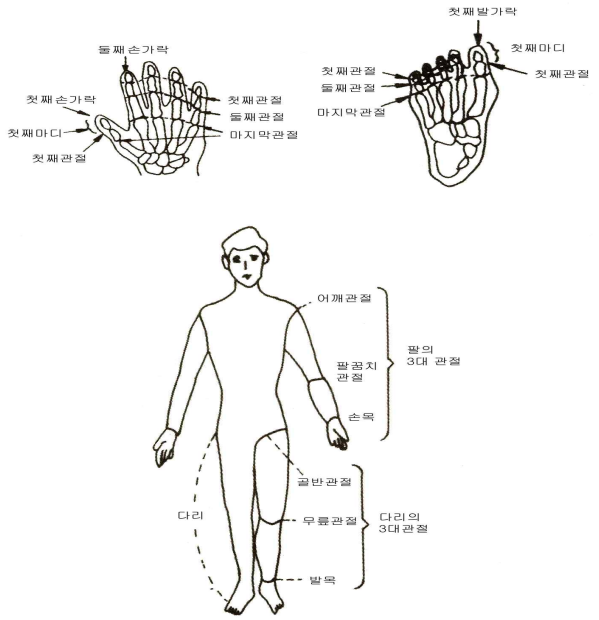
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표3]

해약환급금 예시표

(기준 : 1구좌, 1년만기, 연납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,800	-	1,000	-

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표4]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
휴일재해사망보험금	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
해약환급금	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.

우체국단체보장보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)을 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니합니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【피보험자의 범위】
이 계약의 피보험자는 지식경제부 소속공무원으로 합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내(다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내)에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우. 단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【피보험자의 증가 또는 감소】
① 이 계약을 체결한 후 피보험자가 증가 또는 감소되었을 때에는 계약자는 지체없이 서면으로 그 사실을 체신관서에 알리고 승낙을 받아야 합니다. 이 경우 보험계약의 성립은 제1조【보험계약의 성립】의 규정을 준용합니다.
② 제1항의 경우 피보험자가 증가되었을 때 해당 피보험자에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자가 감소되었을 때 해당 피보험자에 대한 계약은 해지된 것으로 처리합니다.
④ 제1항의 경우 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법으로 보험료를 정산합니다.
⑤ 제2항의 경우 계약의 보장개시는 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제21조【가입자의 고지의무】및 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용합니다.

제8조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 이 경우 계약이 해지됩니다.

제9조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였거나 별표3에서 정한 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 된 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제21조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체 기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지된 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제21조【가입자의 고지의무】 및 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제24조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 사망보험금 : 사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때
2. 장해급부금 : 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망 또는 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【환급금대출】
이 계약은 환급금대출을 하지 아니합니다.

제20조【계약자의 권리행사】
이 계약의 피보험자는 제6조【계약내용의 변경】제1항 제2호의 권리를 행사할 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제21조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제22조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제23조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제24조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에

필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 재직증명서
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제21조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제33조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제34조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제36조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제37조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제7장 보험료정산특칙

제38조【특칙의 적용】
① 이 특칙은 제7조【피보험자의 증가 또는 감소】의 규정에 따라 계약자가 보험료를 추가로 납입하거나 보험료를 환급받아야 할 경우에 적용합니다.

제39조【피보험자의 통지】
계약자는 제7조【피보험자의 증가 또는 감소】의 규정에 불구하고 매월 그때까지의 피보험자 증가 또는 감소사항을 기재한 피보험자 명세서를 체신관서에 제출하여야 합니다.

제40조【보험료 정산에 관한 사항】
① 보험기간 중 체신관서에 통지한 피보험자의 증가 또는 감소로 인하여 계약자가 추가로 납입할 보험료와 체신관서가 환급할 보험료의 정산은(이하 "보험료 정산"이라 합니다) 보험료 정산일에 일괄하여 처리합니다.
② 제1항의 보험료 정산일은 보험년도 종료 후 1개월 이내로 합니다.
③ 체신관서는 보험기간 중이나 보험기간 만료 후 보험료 정산을 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자에 대하여 필요한 서류의 열람이나 자료의 제출을 요구할 수 있습니다.
④ 계약자가 제39조【피보험자의 통지】또는 제3항의 규정을 위반한 경우에는 그때까지의 보험료를 정산한 후 더 이상 이 특칙은 효력을 가지지 아니합니다.

제41조【보장개시일】
체신관서는 제7조【피보험자의 증가 또는 감소】의 규정에 불구하고 보험료 정산일 전이라도 인사발령일자로부터 새로운 피보험자에 대한 보장을 하며, 피보험자에서 제외된 자에 대해서는 보장을 하지 아니합니다. 다만, 계약자가 제39조【피보험자의 통지】의 규정을 위반한 경우에는 새로운 피보험자에 대하여 보장을 하지 아니합니다.

제42조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
사망보험금	사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원
장해급부금	보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

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

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

3. 기타
1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

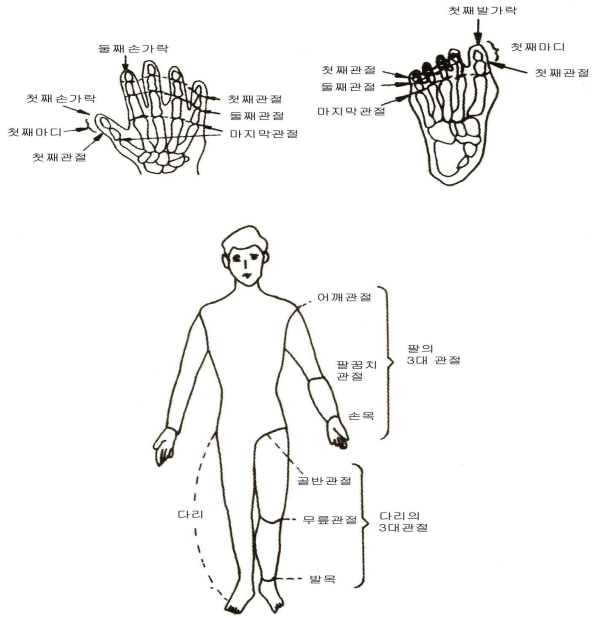
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
사망보험금 장해급부금	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율을 말합니다.

우체국안전벨트보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표7 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제25조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체 기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제23조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제25조【가입자의 고지의무】및 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제28조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는

부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제13조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 휴일교통재해사망보험금 : 휴일에 발생한 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
2. 평일교통재해사망보험금 : 평일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 휴일교통재해재활치료자금 : 휴일에 발생한 교통재해로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
4. 평일교통재해재활치료자금 : 평일에 발생한 교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
5. 입원치료자금 : 교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때
6. 수술급부금 : 교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표4(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
7. 외모수술자금 : 교통재해로 인하여 별표5(외모상해분류표)에서 정하는 외모상해(이하 "외모상해"라 합니다)의 치료를 직접목적으로 외모수술을 받았을 때
8. 골절치료자금 : 교통재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
9. 깁스치료자금 : 교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때
10. 통원치료자금 : 교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 교통재해로 인하여 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 피보험자가 교통재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 교통재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 교통재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 교통재해"의 경우 하나의 사고로 인한 교통재해를 말합니다.
⑥ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 교통재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 교통재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금에서 이미 지급한 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 교통재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금에서 이미 지급한 것으로 본 휴일교통재해재활치료자금 또는 평일교통재해재활치료자금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 교통재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.
⑮ 입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 동일 교통재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일 교통재해에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑯ 수술급부금 및 외모수술자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술급부금만을 지급합니다.
2. 외모수술자금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 외모수술을 받은 경우에는 1회의 외모수술자금만을 지급합니다.
3. 수술급부금 또는 외모수술자금 지급사유가 서로 중복될 경우에는 해당 수술급부금과 외모수술자금을 중복하여 지급합니다.
⑰ 골절치료자금의 경우, 동일한 교통재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.
⑱ 깁스치료자금의 경우, 동일한 교통재해로 인하여 2회 이상의 깁스(Cast)치료를 받은 경우라도 깁스치료자금은 1회만 지급합니다.
⑲ 통원치료자금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제16조【휴일 및 평일의 정의】
이 계약에서 "휴일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"로 하고, "평일"이라 함은 "휴일"을 제외한 나머지 날로 합니다. 단, 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고발생지의 표준시로 합니다.

제17조【입원, 수술, 외모수술 및 통원의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "외모수술"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 외모상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.
④ 이 계약에 있어서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제18조【골절의 정의】
이 계약에 있어서 "골절"이라 함은 교통재해로 인하여 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표6(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제19조【깁스(Cast)치료의 정의】
이 계약에 있어서 "깁스(Cast)치료"라 함은 의료기관에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다. "부목(Splint Cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제20조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 교통재해를 직접적인 원인으로 사망에 이르게 된 경우에는 교통재해사망보험금을, 교통재해 이외의 재해를 직접적인 원인으로 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제21조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제22조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제23조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제24조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제25조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제26조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제27조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는

증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제28조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제29조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호 내지 제10호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제30조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제31조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제32조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서, 깁스치료증명서, 통원증명서 및 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제34조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제25조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제35조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용

3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제36조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제37조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제38조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제40조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제41조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제42조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
휴일교통재해 사망보험금	휴일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2억원	
평일교통재해 사망보험금	평일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1억원	
휴일교통재해 재활치료자금	휴일에 발생한 교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1억원 × 해당 장해지급률	
평일교통재해 재활치료자금	평일에 발생한 교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장해지급률	
입원치료자금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속 입원하였을 때	10일 이상~20일 미만	10만원
		20일 이상~30일 미만	20만원
		30일 이상~50일 미만	30만원
		50일 이상~100일 미만	50만원
		100일 이상~200일 미만	100만원
		200일 이상	250만원
수술급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원	
외모수술급부금	교통재해로 인하여 외모상해의 치료를 직접목적으로 외모수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원	
골절치료자금	교통재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만원	
깁스치료자금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때 (사고 1회당)	10만원	
통원치료자금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 교통재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 드립니다.
2. 입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

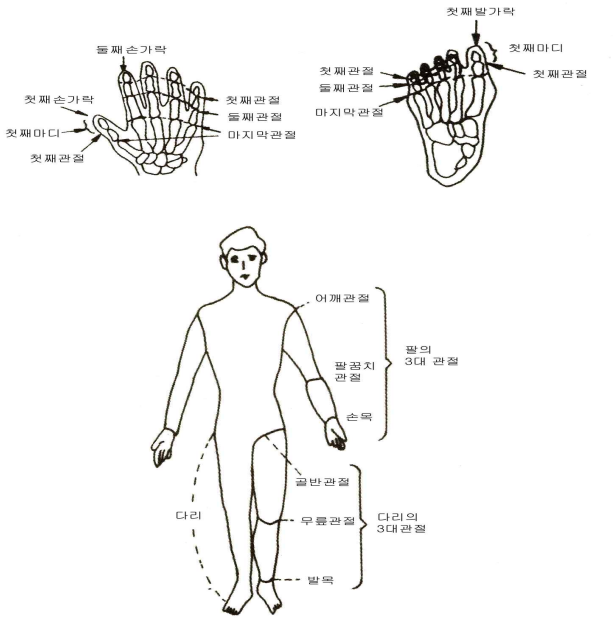
1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	27. 비장(脾腸) 적제술
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]

구 분	수 술 명
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	50. 음경(陰莖) 절단술
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술
	69. 누소관(淚小管)형성술
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술
	72. 각막(角膜) 이식술
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술
	82. 안근(眼筋)이식술
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술
	86. 내이(內耳) 관혈수술
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)
	92. 요실금수술, 방광류교정술

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표5]

외모상해분류표

약관에 규정하는 외모상해는 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 외 모 상 해	분류번호
1. 머리의 손상	S00-S09
2. 목의 손상	S10-S19
3. 다발성 신체부위를 포함하는 손상 중	
- 목을 동반한 머리의 얕은 손상	T00.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 얕은 손상	T00.8 주)
- 목을 동반한 머리의 열린상처	T01.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 열린상처	T01.8 주)
- 목을 포함한 머리의 골절	T02.0
- 기타 복합 신체부위의 골절	T02.8 주)
- 목을 포함한 머리의 탈구, 염좌 및 긴장	T03.0
- 기타 복합 신체부위를 침범하는 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8 주)
- 목을 포함한 머리의 압착손상	T04.0
- 기타 복합 신체부위의 압착손상	T04.8 주)
4. 화상 및 부식 중	
- 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
- 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
5. 동상 중	
- 머리의 얕은 동상	T33.0
- 목의 얕은 동상	T33.1
- 조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
- 조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

주) 기타 복합 신체부위에 관한 사항은 안면부, 두부 및 목부위와 중복되어 발생한 경우에 한하여 보장되며, 안면부, 두부 및 목부위와 중복되지 아니한 복합 신체부위 상해는 보장에서 제외합니다.

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 20년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	112,800	-	73,200	-
3년	338,400	-	219,600	-
5년	564,000	200	366,000	100
7년	789,600	200	512,400	100
10년	1,128,000	300	732,000	100
20년	2,256,000	-	1,464,000	-

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표8]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
휴일교통재해사망보험금 평일교통재해사망보험금 휴일교통재해재활치료자금 평일교통재해재활치료자금 입원치료자금, 수술급부금 외모수술자금, 골절치료자금 깁스치료자금, 통원치료자금	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
해약환급금	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자가 교통재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 우체국실손의료비보험(종합형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.
⑥ 이 계약이 제3항에 의하여 성립되었을 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제8조【계약의 갱신】에 의하여 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 체신관서는 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 확인한 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보험금 비례분담 등의 보상방식을 구체적으로 설명하여 드립니다.
④ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계

4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표2 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망(보험기간 중 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사고로 실종선고를 받은 경우 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다)하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리며 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조【계약의 갱신】
① 이 계약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 합니다.
② 계약자가 이 계약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 계약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 봅니다.
③ 갱신계약의 경우 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】제1항에도 불구하고 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
④ 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
⑤ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용기초율 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 체신관서는 의료수가의 변동, 국민건강보험 등 관련 법규의 개정 및 보험 관련 법규의 개정 등을 고려하여 이 계약의 일부 내용에 대하여 갱신시 변경하여 적용할 수 있습니다.
⑦ 제5항 및 제6항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제26조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【갱신계약 보험료의 납입】
① 계약자는 제8조【계약의 갱신】제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
② 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신전 계약을 준용합니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제26조【가입자의 고지의무】및 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제29조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 체신관서가 보상하는 사항

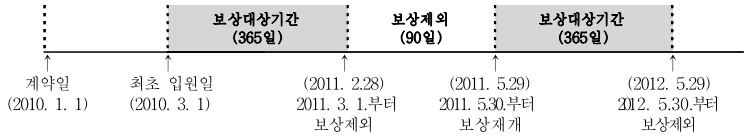
제16조【입원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 체신관서는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보

상하여 드립니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 이 계약이 갱신되어 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.
⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑧ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며 또한 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에도 하나의 질병으로 간주합니다.

제17조【통원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구 분	보상한도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 '본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방 조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고 한도로 보상하여 드립니다.
④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방조제로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제18조【건강관리자금】
체신관서는 피보험자가 보험기간(5년)이 끝날 때 까지 살아있을 때 보험수익자에게 30만원을 지급하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 체신관서가 보상하지 않는 사항

제22조【보상하지 않는 사항】
체신관서가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 그로 인하여 악화된 부분
② 체신관서는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
③ 체신관서는 제5차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)에 있어서 아래 질병의 입원의료비 및 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)
3. 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)
④ 체신관서는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   단, 체신관서가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용
10. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제16조【입원의료비】 및 제17조【통원의료비】에 따라 보상하여 드립니다.
11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제23조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제5장 다수보험의 처리 등

제24조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제25조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제26조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제27조【고지의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제28조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제29조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제7장 보험금 지급 등의 절차

제30조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제18조【건강관리자금】의 경우에는 계약자로 하고, 제16조【입원의료비】 및 제17조【통원의료비】의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제31조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제32조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제33조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제34조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 사망진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조(정의) 제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제35조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제34조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제26조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제36조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보

제37조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제8장 기타의 사항

제38조【용어의 정의】
이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 별표1(용어의 정의)과 같습니다.

제39조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제40조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제42조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제43조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제44조【특칙의 적용】
이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아(胎兒)인 경우에 한하여 적용합니다.

제45조【피보험자】
제44조【특칙의 적용】의 태아(이하 "태아"라 합니다)는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제46조【출생통지】
① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.

제47조【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】
① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 최종 보험료영수증
③ 제2항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환합니다.

제48조【복수(複數) 출생의 경우】
① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록부상 선순위(先順位)로 기재된 자를 피보험자로 합니다.
② 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록부상 다음 순위의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.
③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
④ 제2항의 변경을 체신관서가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 체신관서는 그 때부터 변경 후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.
⑥ 다음의 경우에는 체신관서는 제2항의 변경을 취급하지 아니합니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 사망관련 지급금이 이미 지급된 경우 또는 사망관련 지급금의 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제49조【출생전 보험금 지급사유 발생】
피보험자의 출생전에 제16조【입원의료비】또는 제17조【통원의료비】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제16조【입원의료비】또는 제17조【통원의료비】의 규정에 따라 지급합니다.

제50조【계약나이의 계산 특례(特例)】
보험계약일에 있어서 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제51조【보험료 정산에 관한 내용】
계약 체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 여자일 경우에는 보험계약일로 소급하여 여자 0세를 기준으로 적용합니다.

제52조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

용 어 의 정 의

용어	정 의
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

[별표2]

해약환급금 예시표

(기준 : 1구좌, 40세, 5년만기 전기납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	238,800	6,050	266,400	14,350
3년	716,400	182,780	799,200	195,950
5년	1,194,000	300,000	1,332,000	300,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표3]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
입원의료비 통원의료비		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험기간 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자가 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 우체국실손의료비보험(질병형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.
⑥ 이 계약이 제3항에 의하여 성립되었을 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제8조【계약의 갱신】에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 체신관서는 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 확인한 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보험금 비례분담 등의 보상방식을 구체적으로 설명하여 드립니다.
④ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험료 수금방법
2. 보험수익자
3. 계약의 승계

4. 기타 계약사항
② 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표2 “해약환급금 예시표” 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망(보험기간 중 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사고로 실종선고를 받은 경우 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다)하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급하여 드리며 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제8조【계약의 갱신】
① 이 계약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 합니다.
② 계약자가 이 계약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 계약을 계속 유지하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 봅니다.
③ 갱신계약의 경우 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】제1항에도 불구하고 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간 만료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
④ 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
⑤ 갱신계약에 대하여 갱신일 현재의 보험요율을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용기초율 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 체신관서는 의료수가의 변동, 국민건강보험 등 관련 법규의 개정 및 보험 관련 법규의 개정 등을 고려하여 이 계약의 일부 내용에 대하여 갱신시 변경하여 적용할 수 있습니다.
⑦ 제5항 및 제6항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제26조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【갱신계약 보험료의 납입】
① 계약자는 제8조【계약의 갱신】제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
② 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신전 계약을 준용합니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제26조【가입자의 고지의무】및 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제29조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

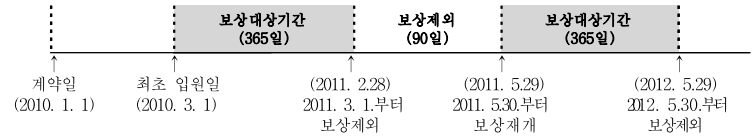
제3장 체신관서가 보상하는 사항

제16조【입원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

② 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.
③ 체신관서는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 이 계약이 갱신되어 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제3항은 적용하지 아니합니다.
⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑦ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며 또한 질병의 치료중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

제17조【통원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

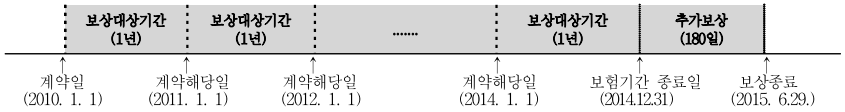
구 분	보상한도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고 한도로 보상하여 드립니다.
③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 , 제2항 및 제3항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.
⑤ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제18조【건강관리자금】
체신관서는 피보험자가 보험기간(5년)이 끝날 때 까지 살아있을 때 보험수익자에게 30만원을 지급하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 체신관서가 보상하지 않는 사항

제22조【보상하지 않는 사항】
체신관서가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 그로 인하여 악화된 부분
② 체신관서는 제5차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)에 있어서 아래 질병의 입원의료비 및 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)
3. 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)
③ 체신관서는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 체신관서가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술 (체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제16조【입원의료비】 및 제17조【통원의료비】에 따라 보상하여 드립니다.
11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제23조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제5장 다수보험의 처리 등

제24조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제25조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제26조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제27조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명

한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제28조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제29조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제7장 보험금 지급 등의 절차

제30조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제18조【건강관리자금】의 경우에는 계약자로 하고, 제16조【입원의료비】 및 제17조【통원의료비】의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제31조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제32조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제33조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제34조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 사망진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조(정의) 제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제35조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제34조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수

한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제26조【가입자의 고지의무】 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제36조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】 및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제37조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제8장 기타의 사항

제38조【용어의 정의】
이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 별표1(용어의 정의)과 같습니다.

제39조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제40조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제41조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제42조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제43조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제44조【특칙의 적용】
이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아(胎兒)인 경우에 한하여 적용합니다.

제45조【피보험자】
제44조【특칙의 적용】의 태아(이하 "태아"라 합니다)는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제46조【출생통지】
① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.

제47조【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】
① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.
1. 통지서(체신관서가 정한 양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
3. 최종 보험료영수증
③ 제2항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환합니다.

제48조【복수(複數) 출생의 경우】
① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록부상 선순위(先順位)로 기재된 자를 피보험자로 합니다.
② 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록부상 다음 순위의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.
③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
④ 제2항의 변경을 체신관서가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 체신관서는 그 때부터 변경 후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.
⑥ 다음의 경우에는 체신관서는 제2항의 변경을 취급하지 아니합니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 사망관련 지급금이 이미 지급된 경우 또는 사망관련 지급금의 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제49조【출생전 보험금 지급사유 발생】
피보험자의 출생전에 제16조【입원의료비】또는 제17조【통원의료비】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제16조【입원의료비】또는 제17조【통원의료비】의 규정에 따라 지급합니다.

제50조【계약나이의 계산 특례(特例)】
보험계약일에 있어서 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제51조【보험료 정산에 관한 내용】
계약 체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 여자일 경우에는 보험계약일로 소급하여 여자 0세를 기준으로 적용합니다.

제52조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

용 어 의 정 의

용어	정 의
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며,

용어	정 의
본인부담금 상한제	의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

[별표2]

해약환급금 예시표

(기준 : 1구좌, 40세, 5년만기 전기납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	215,760	1,710	250,560	10,560
3년	647,280	176,340	751,680	190,110
5년	1,078,800	300,000	1,252,800	300,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표3]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
입원의료비 통원의료비		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험기간 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자가 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 만원의행복보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
④ 체신관서는 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 확인한 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보험금 비례분담 등의 보상방식을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 피보험자가 사업방법서에서 정한 피보험자의 범위에 해당되지 않는 경우
4. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험수익자
2. 계약의 승계
3. 기타 계약사항
② 제1항에 의해 계약내용의 변경을 요청할 경우에는 계약자 전원의 동의가 있어야 합니다.

③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표3 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항에 의해 계약의 해지를 요청할 경우에는 계약자 전원의 동의가 있어야 합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제21조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서가 보상하는 사항)

제10조【유족위로금】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자가 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때에는 2,000만원을 보험수익자에게 유족위로금으로 지급하여 드립니다.
② 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.
③ 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
④ 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 유족위로금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제11조【상해 입원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 체신관서는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상하여 드립니다.
⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.
⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

제12조【상해 통원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

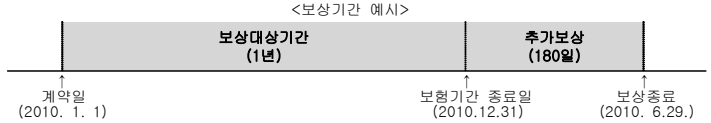
구 분	보상한도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 '본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방 조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고 한도로 보상하여 드립니다.
④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방조제로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.
⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제13조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하며, 체신관서가 일부 보험료를 납입한 경우에는 이에 해당하는 해약환급금을 차감하고 지급합니다.

제14조【환급금대출】
이 계약은 환급금대출을 운용하지 않습니다.

제15조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 체신관서가 보상하지 않는 사항

제16조【유족위로금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 유족위로금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 유족위로금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제17조【의료비를 보상하지 않는 사항】체신관서가 의료비를 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 체신관서가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 그로 인하여 악화된 부분
② 체신관서는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
③ 체신관서는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용

9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제11조【상해 입원의료비】 및 제12조【상해 통원의료비】에 따라 보상하여 드립니다.
10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제5장 다수보험의 처리 등

제19조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 상해 입원의료비, 상해 통원의료비(외래), 상해 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제20조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제21조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제22조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제23조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

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

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제24조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제7장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험수익자의 지정】
이 계약의 보험수익자는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서(상해 통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함), 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 유족위로금 청구를 위하여 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

③ 의료비 청구를 위한 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조【요양기관】의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조【정의】제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 유족위로금의 경우, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.

③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제21조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면통지하여 드립니다.

⑤ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에

관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제8장 기타의 사항

제33조【용어의 정의】
이 약관에서 의료비 보상과 관련하여 사용하는 용어의 정의는 별표2(용어의 정의)과 같습니다.

제34조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제35조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제37조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제38조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제39조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2항에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입"중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표2]

용 어 의 정 의

용어	정 의
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액

용어	정 의
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

[별표3]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액(구좌수) 1구좌, 1년만기 일시납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
3개월	35,480	20,200	25,680	13,590
6개월	35,480	13,470	25,680	9,060
9개월	35,480	6,730	25,680	4,530
1년	35,480	0	25,680	0

[별표4]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
유족위로금 상해 입원의료비 상해 통원의료비	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
해약환급금	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 에버리치복지보험(생계형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【계약자의 범위】
이 계약의 계약자는 조세특례제한법 제88조의2【노인·장애인 등의 생계형저축에 대한 비과세 등】에서 정한 자에 한합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험금수익자

5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일

로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
2. 장해급부금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 것으로 본 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑬ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제22조【계약의 세제혜택 등】
① 이 계약은 조세특례제한법의 규정에 따라 해약환급금 및 만기보험금에 대하여 이자소득세를 면제받습니다.
② 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】

① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】 에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
① 이 계약의 보험수익자는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】 제1항 제1호에 정한 만기보험금의 보험수익자를 만기수익자로 하며, 동조 동항 제2호에 정한 장해급부금의 보험수익자를 보험금수익자로 합니다.
② 제1항의 만기수익자는 계약자와 동일하여야 합니다.
③ 계약자가 제1항의 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】 제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	1,000만원
장해급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원

주) 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

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

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

3. 기타
1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골운합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

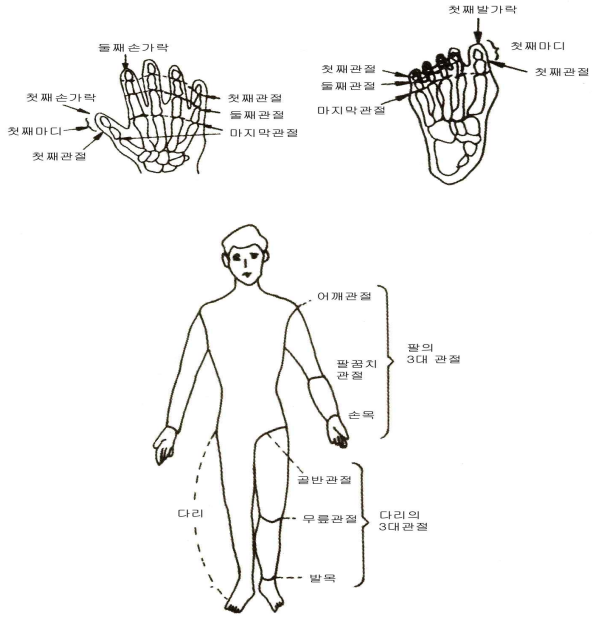
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

□ 일시납

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 단위 : 원)

경과기간	3년만기		5년만기	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,056,400	9,255,700	8,400,400	8,571,500
2년	9,056,400	9,620,000	8,400,400	8,906,400
3년	9,056,400	10,000,000	8,400,400	9,255,700
4년	-	-	8,400,400	9,620,000
5년	-	-	8,400,400	10,000,000

□ 전기납

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 단위 : 원)

경과기간	3년만기		5년만기	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,237,600	3,127,300	1,875,600	1,755,200
2년	6,475,200	6,492,100	3,751,200	3,689,400
3년	9,712,800	10,000,000	5,626,800	5,705,800
4년	-	-	7,502,400	7,808,200
5년	-	-	9,378,000	10,000,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 에버리치복지보험(일반형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험수익자
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항

② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제21조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제19조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활

(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제21조【가입자의 고지의무】및 제22조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제24조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제13조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
2. 장해급부금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때

② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 것으로 본 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑬ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제16조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제17조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제18조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제19조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제20조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제21조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제22조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제23조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제24조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 제2호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제21조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제33조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제34조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제36조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제37조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제38조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	1,000만원
장해급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원

주) 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/40이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

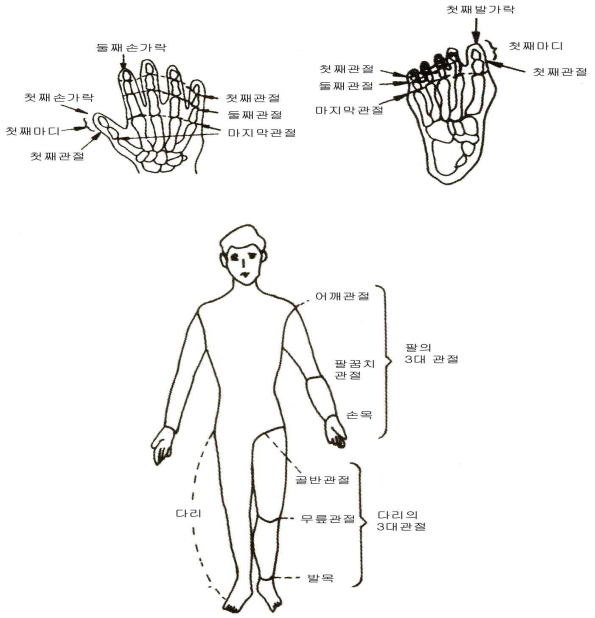
1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

□ 일시납

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 단위 : 원)

경과기간	3년만기		5년만기	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,056,400	9,255,700	8,400,400	8,571,500
2년	9,056,400	9,620,000	8,400,400	8,906,400
3년	9,056,400	10,000,000	8,400,400	9,255,700
4년	-	-	8,400,400	9,620,000
5년	-	-	8,400,400	10,000,000

□ 전기납

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 단위 : 원)

경과기간	3년만기		5년만기	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,237,600	3,127,300	1,875,600	1,755,200
2년	6,475,200	6,492,100	3,751,200	3,689,400
3년	9,712,800	10,000,000	5,626,800	5,705,800
4년	-	-	7,502,400	7,808,200
5년	-	-	9,378,000	10,000,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 그린보너스저축보험(일반형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험료 수금방법
3. 보험수익자
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서

가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 동항 제2호의 장해급부금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "적립부분 보험료" 와 "보장부분 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제21조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
2. 장해급부금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며, 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일로부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부

금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 것으로 본 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑬ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【이율 적용】
① 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)에 대하여 적용하는 이율은 적립이율로 합니다.
② 만기까지 유지되는 계약에 한하여 최초 1년동안 보너스이율(이하 "초년도 보너스이율"이라 합니다)을 적립이율에 더하여 적용합니다. 단, 계약이 만기 도래전에 해지되는 경우에는 초년도 보너스이율을 적용하지 아니합니다.

<보험기간별 초년도 보너스이율>

3년만기	5년만기	10년만기
0.6%	1.0%	2.0%

제20조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제21조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제22조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때

4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호의 경우에는 피보험자로 하며 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액	
장해급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때	예치형	적립형
		일시납 보험료	월납 보험료의 50배

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. “적립금액”이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 “적립이율”에 “초년도 보너스이율”을 더하여 보험료 납입일로부터 부리적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라집니다.
3. 납입보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 보험료를 기준으로 지급하여 드립니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자

가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.

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

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

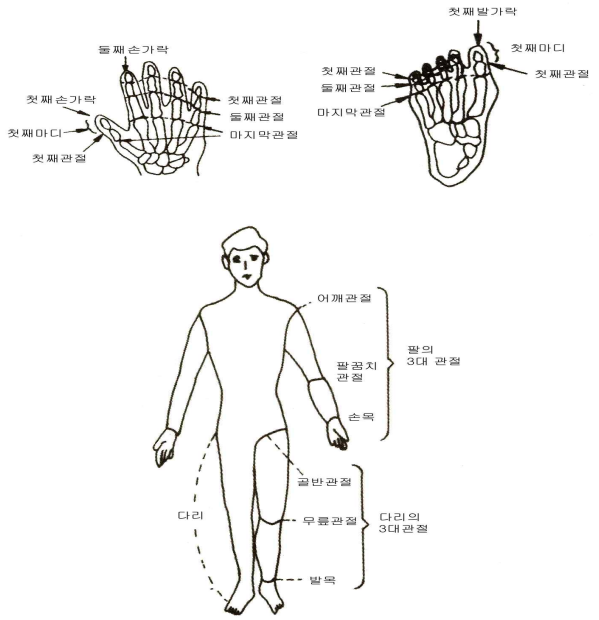
⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

< 예치형 >

(기준 : 일시납 보험료 1,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년만기	5년만기	10년만기
1년	10,000,000	10,293,480	10,209,800	10,000,600
3년	10,000,000	11,243,100	11,086,830	10,857,940
5년	10,000,000	-	12,163,450	11,795,960
7년	10,000,000	-	-	12,822,270
10년	10,000,000	-	-	14,832,800

주) 1. 위 해약환급금은 4.6%(환급금대출이율 5.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라지게 되며, 만기예시금은 초년도 보너스이율을 포함하여 산출된 금액입니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.

< 적립형 >

(기준 : 월납 보험료 10만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년만기	5년만기	10년만기
1년	1,200,000	1,153,890	1,123,270	1,122,160
3년	3,600,000	3,732,140	3,696,170	3,713,820
5년	6,000,000	-	6,515,720	6,546,010
7년	8,400,000	-	-	9,605,370
10년	12,000,000	-	-	14,761,570

주) 1. 위 해약환급금은 4.6%(환급금대출이율 5.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 및 보험료 납입일 변동시에는 위 금액도 달라지게 되며, 만기예시금은 초년도 보너스이율을 포함하여 산출된 금액입니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 그린보너스저축보험(생계형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【계약자의 범위】
이 계약의 계약자는 조세특례제한법 제88조의2【노인·장애인 등의 생계형저축에 대한 비과세 등】에서 정한 자에 한합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험료 수금방법
3. 보험금수익자
4. 기타 계약사항

② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제5조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 동항 제2호의 장해급부금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "적립부분 보험료" 와 "보장부분 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제25조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체 기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제22조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제25조【가입자의 고지의무】및 제26조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제28조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제15조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제6조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제16조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
2. 장해급부금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며, 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제17조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일로부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장

해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 것으로 본 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑬ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제20조【이율 적용】
① 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)에 대하여 적용하는 이율은 적립이율로 합니다.
② 만기까지 유지되는 계약에 한하여 최초 1년동안 보너스이율(이하 "초년도 보너스이율"이라 합니다)을 적립이율에 더하여 적용합니다. 단, 계약이 만기 도래전에 해지되는 경우에는 초년도 보너스이율을 적용하지 아니합니다.

<보험기간별 초년도 보너스이율>

3년만기	5년만기	10년만기
0.6%	1.0%	2.0%

제21조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제22조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제23조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제24조【계약의 세제혜택 등】
① 이 계약은 조세특례제한법의 규정에 따라 해약환급금 및 만기보험금에 대하여 이자소득세를 면제받습니다.
② 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제25조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제26조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로

정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제27조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제28조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제29조【보험수익자의 지정】
① 이 계약의 보험수익자는 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에 정한 만기보험금의 보험수익자를 만기수익자로 하며, 동조 동항 제2호에 정한 장해급부금의 보험수익자를 보험금수익자로 합니다.
② 제1항의 만기수익자는 계약자와 동일하여야 합니다.
③ 계약자가 제1항의 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제16조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제30조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제31조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제32조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서

포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제34조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제25조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제35조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제36조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제37조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제38조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제40조【계약나이의 계산】
피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제41조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제42조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액	
장해급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	예치형	적립형
		일시납 보험료	월납 보험료의 50배

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. "적립금액"이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 "적립이율"에 "초년도 보너스이율"을 더하여 보험료 납입일로부터 부리적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라집니다.
3. 납입보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 보험료를 기준으로 지급하여 드립니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

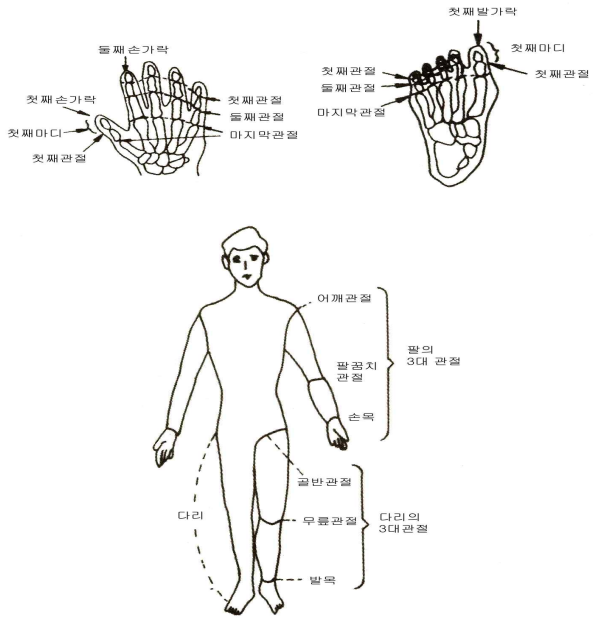
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

< 예치형 >

(기준 : 일시납 보험료 1,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년만기	5년만기	10년만기
1년	10,000,000	10,293,480	10,209,800	10,000,600
3년	10,000,000	11,243,100	11,086,830	10,857,940
5년	10,000,000	-	12,163,450	11,795,960
7년	10,000,000	-	-	12,822,270
10년	10,000,000	-	-	14,832,800

주) 1. 위 해약환급금은 4.6%(환급금대출이율 5.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라지게 되며, 만기예시금은 초년도 보너스이율을 포함하여 산출된 금액입니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.

< 적립형 >

(기준 : 월납 보험료 10만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년만기	5년만기	10년만기
1년	1,200,000	1,153,890	1,123,270	1,122,160
3년	3,600,000	3,732,140	3,696,170	3,713,820
5년	6,000,000	-	6,515,720	6,546,010
7년	8,400,000	-	-	9,605,370
10년	12,000,000	-	-	14,761,570

주) 1. 위 해약환급금은 4.6%(환급금대출이율 5.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 및 보험료 납입일 변동시에는 위 금액도 달라지게 되며, 만기예시금은 초년도 보너스이율을 포함하여 산출된 금액입니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 파워적립보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험수익자
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.

③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조 【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 보장부분 보험료와 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료로 구성되어 있으며 계약자는 보장부분 보험료와 적립부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제22조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1%"(2.5%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제22조【가입자의 고지의무】및 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제25조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 교통재해사망보험금 : 별표4(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 일반재해사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(다만, 제2호에서 정하는 교통재해는 제외합니다. 이하 "일반재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
4. 일반사망보험금 : 교통재해 및 일반재해 (이하 "교통재해"와 "일반재해"를 합하여 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 사망하였을 때
5. 교통재해장해급부금 : 교통재해를 직접적인 원인으로 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
6. 일반재해장해급부금 : 일반재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일로부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해

지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑬ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑭ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑮ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 일반사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제22조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “고지의무”라 합니다)

제23조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였

을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제24조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제25조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제26조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 제2호 내지 제6호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제27조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제28조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제29조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제31조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제22조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.

⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제32조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제33조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제34조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제35조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용험모집과정에 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리험모낙용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제37조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제38조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제39조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
교통재해 사망보험금	교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원 + 적립금액
일반재해 사망보험금	일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	500만원 + 적립금액
일반사망 보 험 금	재해 이외의 원인으로 사망하였을 때	200만원 + 적립금액
교통재해 장해급부금	교통재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급부금	일반재해를 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률

주) 적립금액 : 적립부분의 순보험료(적립부분 보험료에서 적립부분 예정사업비를 공제한 금액)를 적립이율로 보험료 납입일로부터 이자를 계산하여 적립한 금액입니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

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

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

3. 기타
1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골운합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

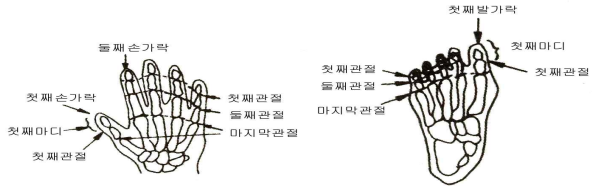
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

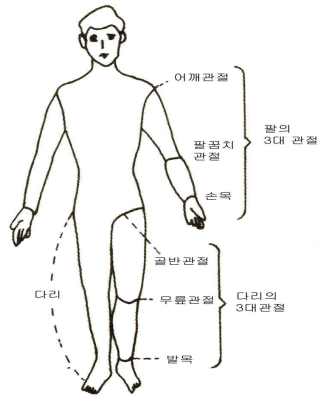
<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도





[별표4]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

< 전기납 > (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 단위 : 원)

경과기간	3년만기		5년만기		7년만기	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,336,000	3,201,800	1,994,400	1,789,300	1,418,400	1,187,100
2년	6,672,000	6,692,300	3,988,800	3,843,000	2,836,800	2,632,300
3년	10,008,000	10,323,200	5,983,200	5,978,800	4,255,200	4,134,600
4년	-	-	7,977,600	8,211,100	5,673,600	5,703,900
5년	-	-	9,972,000	10,544,300	7,092,000	7,343,500
6년	-	-	-	-	8,510,400	9,019,900
7년	-	-	-	-	9,928,800	10,773,200

< 일시납 > (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 단위 : 원)

경과기간	3년만기		5년만기		7년만기	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,725,800	9,704,000	9,387,000	9,318,900	9,061,400	8,950,900
2년	9,725,800	10,202,900	9,387,000	9,795,000	9,061,400	9,405,300
3년	9,725,800	10,627,300	9,387,000	10,200,200	9,061,400	9,792,300
4년	-	-	9,387,000	10,623,900	9,061,400	10,197,000
5년	-	-	9,387,000	11,067,100	9,061,400	10,620,200
6년	-	-	-	-	9,061,400	11,062,700
7년	-	-	-	-	9,061,400	11,525,400

주) 1. 위 해약환급금은 환급금대출이율이 5.6%인 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라지게 됩니다
2. 2년 미만 해지시에는 다음의 중도해지이율을 적용합니다.
   - 1년 미만 : 환급금대출이율-3%
   - 2년 미만 : 환급금대출이율-2%
3. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저보증합니다.
4. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
교통재해사망보험금 일반재해사망보험금 일반사망보험금 교통재해장해급부금 일반재해장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.

무배당 장기주택마련저축보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 교부합니다.
④ 체신관서는 피보험자가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 청약서 부본 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 청약서 부본 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 가입자의 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 청약시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 청약서 부본을 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 피보험자의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 피보험자 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험료 수금방법
3. 보험금수익자
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금수익자를 변경하고자 하는 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야

합니다.

제6조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조)
② 제4조【계약의 무효】에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 제2호의 장해급부금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "적립부분 보험료" 와 "보장부분 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험수익자 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일

로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제23조【가입자의 고지의무】및 제24조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제14조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 당보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제5조【계약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
2. 장해급부금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하"한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해지급률에서 이미 발생한 것으로 본 장해지급률을 감한 율을 장해지급률로 결정합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑬ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하

는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.
가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제22조【계약의 세제혜택 등】
① 이 계약은 관련세법이 정한 바에 따라 세제혜택을 받습니다.
② 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제23조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제24조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.

⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【중대사유로 인한 해지】
① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제26조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성 면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험수익자의 지정】
① 이 계약의 보험수익자는 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에 정한 만기보험금의 보험수익자를 만기수익자로 하며, 동조 동항 제2호에 정한 장해급부금의 보험수익자를 보험금수익자로 합니다.(이 약관에서 "만기수익자"와 "보험금수익자"를 합하여 "보험수익자"라 합니다)
② 제1항의 만기수익자는 계약자이어야 하며 피보험자와 동일하여야 합니다.
③ 계약자가 제1항의 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호의 경우에는 피보험자로 하며 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제23조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.
⑥ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증권)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증권)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】
① 피보험자의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 피보험자의 나이가 18세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제39조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
장해급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	월납 보험료의 100배

주) 1. 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
2. "적립금액"이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 "환급금대출이율-0.5%"(최저보증이율 2.5%)로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라집니다.
3. 월납 보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 월납 보험료 100배를 장해급부금으로 지급하여 드립니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

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

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

3. 기타
1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

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

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

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골운합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

장해의 분류	지급률
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 악간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 악간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

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

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

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

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

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

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

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

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

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

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

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

3) 치매

① "치매"라 함은

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

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

4) 간질

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

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

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

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

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

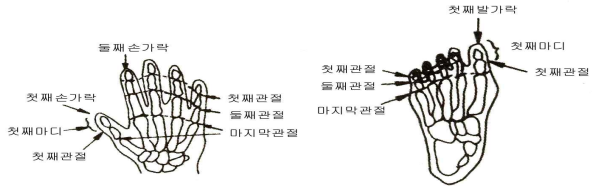
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

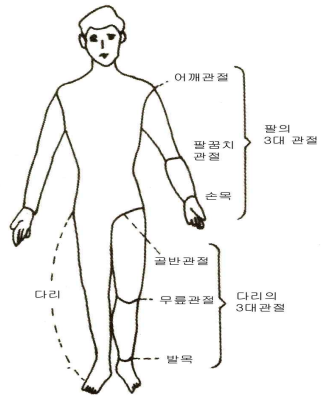
<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

신체부위의 설명도





[별표4]

해약환급금 예시표

(기준 : 매월 10만원, 7년만기 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	1,166,270
2년	2,400,000	2,444,060
3년	3,600,000	3,786,510
4년	4,800,000	5,196,910
5년	6,000,000	6,678,740
6년	7,200,000	8,225,630
7년	8,400,000	9,851,410

주) 1. 위 해약환급금은 5.1%(환급금대출이율 5.6%-0.5%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라집니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증합니다.
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적 립 기 간	적 립 이 율
장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율("환급금대출이율-0.5%", 최저보증이율 2.5%)을 말합니다.
4. 피보험자 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

< 종속특약 >

입원수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1. “보험금지급기준표” 참조)
1. 입원치료자금 : 별표3(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때
2. 수술급부금 : 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표4(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

③ 수술급부금의 경우, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.

제10조【입원 및 수술의 정의와 장소】
① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
입 원 치료자금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속 입원하였을 때	10일 이상~20일 미만	10만원
		20일 이상~30일 미만	30만원
		30일 이상~50일 미만	50만원
		50일 이상~100일 미만	100만원
		100일 이상~200일 미만	200만원
		200일 이상	500만원
수 술 급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원	

주) 입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

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

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

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

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원 또는 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원 또는 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

<수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)	5종 3종 4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

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

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

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

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 악물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

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

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

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

[별표5]

해약환급금 예시표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 60세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	102,000	-	117,600	-
3년	306,000	56,000	352,800	56,600
5년	510,000	116,700	588,000	110,500
7년	714,000	148,900	823,200	128,800
10년	1,020,000	178,500	1,176,000	131,700
15년	1,530,000	160,100	1,764,000	94,600
20년	2,040,000	-	2,352,000	-

3대질병치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제14조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 피보험자의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 피보험자의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제16조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단서(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
		구분 / 경과기간	암, 뇌출혈, 급성심근경색증	갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
3대질병 치료보험금	최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때(암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회한)	1년 미만	150만원	45만원
		2년 미만	350만원	105만원
		2년 이상	500만원	150만원

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

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

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표5]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 60세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	45,600	7,500	39,600	1,400
3년	136,800	64,300	118,800	40,100
5년	228,000	110,600	198,000	66,800
7년	319,200	137,400	277,200	74,700
10년	456,000	161,000	396,000	75,100
15년	684,000	142,200	594,000	52,000
20년	912,000	-	792,000	-

입원의료비보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【입원의료비】 체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 1,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
③ 제 1항의 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)의 질병을 말하며, 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 추가로 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
④ 피보험자가 국민건강보험법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도

포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 1,000만원 한도로 보상하여 드립니다.
⑤ 체신관서는 보험계약일로부터 보험기간이 끝나는 날까지 발생한 입원의료비에 한하여 보상하여 드립니다.

제4장 체신관서가 보상하지 않는 사항

제10조【보상하지 않는 사항】 체신관서가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
③ 체신관서는 아래의 의료비 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료・한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   단, 체신관서가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음, 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험(공무원연금법 포함)에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제9조【입원의료비】①항에 따라 보상하여 드립니다.
10. MRI 비용 중 비급여 부분(보건복지부 장관이 정하여 고시한 “MRI 세부산정 기준”의 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우를 말합니다)

제5장 다수보험의 처리 등

제11조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제12조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당보험금을 이 계약의 지급한

도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 상해사고인 경우 상해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리된 입원의료비와 관련한 승인결정서 또는 불승인통보서
4. 재직증명서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원, 의원 또는 조산원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우 그 병원, 의원 또는 조산원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원, 의원, 조산원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제7장 기타의 사항

제14조【용어의 정의】
이 특약에서 사용하는 용어의 정의는 별표1(용어의 정의)과 같습니다.

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

용어의 정의

용 어	정 의
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관(종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분) 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관
입원	"입원"이라 함은 의사 또는 조산사의 면허를 가진 자에 의하여 질병 또는 상해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사 또는 조산사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

무배당 실손의료비특약(종합형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 "보험요율"이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 체신관서가 보상하는 사항

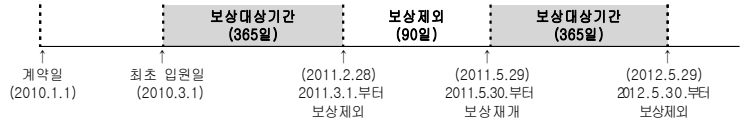
제8조【입원의료비】 체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

② 제 1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

④ 체신관서는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 이 특약이 갱신되어 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.

⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑧ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며 또한 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에도 하나의 질병으로 간주합니다.

제9조【통원의료비】 체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구 분	보상한도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 '본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 제 1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고 한도로 보상하여 드립니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



⑤ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방조제로 간주하여 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제10조【건강관리자금 등】
① 체신관서는 피보험자가 보험기간(5년)이 끝날 때 까지 살아있을 때 보험수익자에게 25만원에 플러스적립금을 더하여 지급하여 드립니다.
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.

제11조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 체신관서가 보상하지 않는 사항

제12조【보상하지 않는 사항】체신관서가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보험수익자의 고의. 다만, 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 그로 인하여 악화된 부분
② 체신관서는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
③ 체신관서는 제5차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)에 있어서 아래 질병의 입원의료비 및 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신과질환 및 행동장애(F04～F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96～N98)
3. 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00～O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60～K62)
④ 체신관서는 아래의 의료비 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료・한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   단, 체신관서가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음, 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용
10. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제8조【입원의료비】및 제9조【통원의료비】에 따라 보상하여 드립니다.
11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제5장 다수보험의 처리 등

제13조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제14조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구

권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제15조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “고지의무”라 합니다)

제16조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제7장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 사망진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조(정의) 제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제18조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다.
② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면통지하여 드립니다.
④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조【가입자의 고지의무】및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
⑤ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑥ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.

제8장 기타의 사항

제19조【용어의 정의】
이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 별표1(용어의 정의)과 같습니다.

제20조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

용어의 정의

용 어	정 의
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보

용 어	정 의
	험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함
플러스적립금	책임준비금과 예정책임준비금과의 차이
책임준비금	"보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 "환급금대출이율-1.5%"(3.5%를 최저보증 하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액
예정책임준비금	장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산된 금액

[별표2]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 5년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	216,000	0	200	200
3년	648,000	149,800	1,900	151,700
5년	1,080,000	250,000	4,800	254,800

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 5년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	246,000	0	200	200
3년	738,000	156,000	2,100	158,100
5년	1,230,000	250,000	5,100	255,100

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표3]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
입원의료비 통원의료비		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험기간 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자가 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 실손의료비특약(질병형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 5년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 "갱신 전 계약"이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 "보험요율"이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

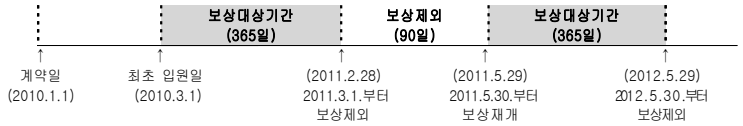
제3장 체신관서가 보상하는 사항

제8조【입원의료비】 체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

② 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 5,000만원을 한도로 보상하여 드립니다.
③ 체신관서는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 이 특약이 갱신되어 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제3항은 적용하지 아니합니다.

⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑦ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며 또한 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

제9조【통원의료비】 체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구 분	보상한도
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

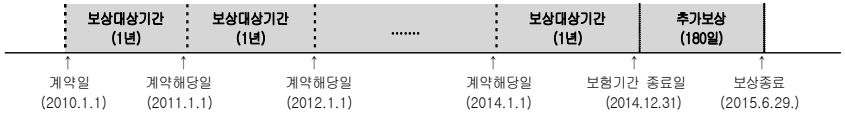
<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고 한도로 보상하여 드립니다.

③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



④ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 , 제2항및 제3항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제10조【건강관리자금 등】
① 체신관서는 피보험자가 보험기간(5년)이 끝날 때 까지 살아있을 때 보험수익자에게 25만원에 플러스적립금을 더하여 지급하여 드립니다.
② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.

제11조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 체신관서가 보상하지 않는 사항

제12조【보상하지 않는 사항】체신관서가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.
① 체신관서는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보험수익자의 고의. 다만, 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 그로 인하여 악화된 부분

② 체신관서는 제5차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)에 있어서 아래 질병의 입원의료비 및 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
1. 정신과질환 및 행동장애(F04～F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96～N98)
3. 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00～O99)

4. 선천성 뇌질환(Q00～Q04)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60～K62)

③ 체신관서는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 치과치료・한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 체신관서가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)・불감증, 단순 코골음, 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대・축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제8조【입원의료비】 및 제9조【통원의료비】에 따라 보상하여 드립니다.
11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제5장 다수보험의 처리 등

제13조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제14조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제6장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제15조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “고지의무”라 합니다)

제16조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 피보험자가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약시에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제7장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 사망진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함합니다)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외) 또는 약사법 제2조(정의) 제3항에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제18조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자 또는 보험수익자에게 서면통지하여 드립니다.
④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조【가입자의 고지의무】및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
⑤ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑥ 체신관서는 건강관리자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.

제8장 기타의 사항

제19조【용어의 정의】
이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 별표1(용어의 정의)과 같습니다.

제20조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

용어의 정의

용 어	정 의
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병으로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함
플러스적립금	책임준비금과 예정책임준비금과의 차이

용 어	정 의
책임준비금	“보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 “환급금대출이율 -1.5%”(3.5%를 최저보증 하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액
예정책임준비금	장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 계산된 금액

[별표2]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 5년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	192,000	0	200	200
3년	576,000	149,300	1,800	151,100
5년	960,000	250,000	4,700	254,700

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 5년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	229,200	0	200	200
3년	687,600	154,300	2,000	156,300
5년	1,146,000	250,000	5,000	255,000

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표3]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
입원의료비 통원의료비		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험기간 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자가 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 건강클리닉특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. “플러스적립금”이라 함은 책임준비금과 예정책임준비금과의 차이를 말합니다.
2. “책임준비금”이라 함은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 “환급금대출이율-1.5%”(3.5%를 최저보증하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. “예정책임준비금”이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 질병입원치료자금 : 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때
2. 질병수술급부금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 "질병"이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표3(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
3. 10대성인질환 입원급부금 : 10대성인질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
4. 10대성인질환 수술급부금 : 10대성인질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10대성인질환수술을 받았을 때
5. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 질병입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 동일한 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일질병에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 질병입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
3. 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다.
② 질병수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술급부금을 지급합니다.
③ 10대성인질환 입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 10대성인질환으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 10대성인질환에 의한 입원이라도 10대성인질환이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 10대성인질환 입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
4. 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.
④ 10대성인질환 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 10대성인질환수술을 받은 경우에는 1회의 10대성인질환 수술급부금만을 지급합니다.

제11조【입원, 10대성인질환수술 및 수술의 정의와 장소】
① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 10대성인질환 및 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특약에 있어서 "10대성인질환수술"이라 함은 의사에 의하여 10대성인질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다
③ 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 별표3(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제12조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이

진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조【10대성인질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "10대성인질환"이라 함은 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 한국표준질병·사인분류 중 별표7(주요성인질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 10대성인질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단확정은 제12조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】, 제13조【상피내암의 정의 및 진단확정】 및 제14조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】의 규정을 적용합니다.

제16조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 질병입원치료자금, 10대성인질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제17조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입),입원확인서, 수술증명서 등)
3. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단서(암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 진단 확정의 경우)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제19조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
질병입원치료자금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때	10일이상 ~ 20일미만	10만원
		20일이상 ~ 30일미만	30만원
		30일이상 ~ 50일미만	50만원
		50일이상 ~ 100일미만	100만원
		100일이상 ~ 200일미만	200만원
		200일이상	500만원
질병수술급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술·신생물 근치 방사선조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원	
10대성인질환 입원급부금	10대성인질환의 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당, 120일 한도)	3만원	
10대성인질환 수술급부금	10대성인질환의 치료를 직접목적으로 10대성인질환수술을 받았을 때 (수술1회당)	100만원	
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 때	50만원 + 플러스적립금	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.
2. 질병입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급하여 드립니다.

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병 사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각호에 해당하는 경우는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	 3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

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

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1. 기타피부암(C44)	3종
1-2. 갑상샘암(C73)	4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

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

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

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. "관혈(觀血)"수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. "근본(根本)" 혹은 "근치(根治)"수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. "관혈적 악성신생물 근치수술"이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

6. "악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. "두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료"라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급부금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
1) 미용 성형상의 수술

2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술 [생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표4]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표5]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표7]

주요성인질환 분류표

이 특약에서 규정하는 주요 성인질환은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명		분류번호
심질환	급성 류마티스 열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	허혈성 심장 질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
당뇨병	당뇨병	E10~E14
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12, I13,I15
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
콩팥기능상실 (신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
녹내장	녹내장	H40~H42
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	124,800	0	100	100
3년	374,400	133,000	1,600	134,600
5년	624,000	280,600	4,500	285,100
7년	873,600	377,300	8,800	386,100
10년	1,248,000	500,000	18,100	518,100

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	140,400	0	100	100
3년	421,200	128,200	1,600	129,800
5년	702,000	277,100	4,400	281,500
7년	982,800	372,400	8,700	381,100
10년	1,404,000	500,000	17,900	517,900

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

무배당 상해클리닉특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. “플러스적립금”이라 함은 책임준비금과 예정책임준비금과의 차이를 말합니다.
2. “책임준비금”이라 함은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 “환급금대출이율-1.5%”(3.5%를 최저보증하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. “예정책임준비금”이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 장해연금 : 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 "재해"라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
2. 재해입원치료자금 : 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때
3. 재해수술급부금 : 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표4(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
4. 외모수술자금 : 재해로 인하여 별표5(외모상해분류표)에서 정하는 외모상해(이하 "외모상해"라 합니다)의 치료를 직접목적으로 외모수술을 받았을 때
5. 골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
6. 통원치료자금 : 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
7. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑤ 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해연금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금에서 이미 지급한 장해연금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해연금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해연금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금에서 이미 지급한 것으로 본 장해연금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑫ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
⑬ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.
⑭ 재해입원치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 동일한 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 이를 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나 동일재해에 의한 입원이라도 최종퇴원일로부터 180일을 경과하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
2. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 재해입원치료자금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
3. 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전·후에 계속되는 경우에는 계속입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다.
⑮ 재해수술급부금 및 외모수술자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 재해수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 재해수술급부금을 지급합니다.
2. 외모수술자금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 외모수술을 받은 경우에는 1회의 외모수술자금만을 지급합니다.
3. 재해수술급부금, 외모수술자금 지급사유가 서로 중복될 경우에는 해당 재해수술급부금, 외모수술자금을 중복하여 지급합니다.
⑯ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하여, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 않습니다.
⑰ 통원치료자금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제11조【입원, 수술, 외모수술 및 통원의 정의와 장소】
① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술·신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.
③ 이 특약에 있어서 "외모수술"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 외모상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.
④ 이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 "골절"이라 함은 재해로 인하여 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표6(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제13조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 재해입원치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제14조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서, 통원증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제16조【보험금 등의 지급에 관한 이자계산】
보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
장해연금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	100%	500만원씩 10년
		80%~100%미만	300만원씩 10년
		50%~80%미만	100만원씩 10년
		(매년 장해진단해당일 확정지급)	
재해입원치료자금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속입원하였을 때	10일이상 ~ 20일미만	10만원
		20일이상 ~ 30일미만	20만원
		30일이상 ~ 50일미만	30만원
		50일이상 ~ 100일미만	50만원
		100일이상 ~ 200일미만	100만원
		200일이상	250만원
재해수술급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술·신생물 근치 방사선조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원	
외모수술자금	재해로 인하여 외모상해의 치료를 직접목적으로 외모수술을 받았을 때(수술 1회당)	50만원	
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때(사고 1회당)	30만원	
통원치료자금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원1회당)	1만원	
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 때	50만원 + 플러스적립금	

주) 1. 장해연금의 경우 보험수익자가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.
2. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.
3. 재해입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급하여 드립니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2항에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40

장해의 분류	지급률
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구 분	수 술 명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술(胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종

구 분	수 술 명	종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟), 신우(腎盂), 요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술(前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술 [개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료목적의 수술

수 술 명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44) 1-2. 갑상샘암(C73)	5종 3종 4종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 " Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

<악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표>

방사선 조사 분류항목	종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潛助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. "관혈(觀血)"수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. "근본(根本)" 혹은 "근치(根治)"수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. "관혈적 악성신생물 근치수술"이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반 질병 및 재해 치료목적의 수술" 91항 (악성신생물의 경우는 "악성신생물 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

6. "악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료" 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. "두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료"라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60)에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급부금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술

3) 검사 및 진단을 위한 수술 [생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표 5]

외모상해분류표

이 특약에서 규정하는 "외모상해"는 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대상이 되는 외모상해	분류번호
1. 머리의 손상	S00-S09
2. 목의 손상	S10-S19
3. 다발성 신체부위를 포함하는 손상 중	
- 목을 동반한 머리 얕은 손상	T00.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 얕은 손상	T00.8 주)
- 목을 동반한 머리의 열린 상처	T01.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 열린 상처	T01.8 주)
- 목을 포함한 머리의 골절	T02.0
- 기타 복합 신체부위의 골절	T02.8 주)
- 목을 포함한 머리의 탈구, 염좌 및 긴장	T03.0
- 기타 복합 신체 부위를 침범하는 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8 주)
- 목을 포함한 머리의 압착손상	T04.0
- 기타 복합 신체부위의 압착손상	T04.8 주)
4. 화상 및 부식 중	
- 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
- 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
5. 동상 중	
- 머리의 얕은 동상	T33.0
- 목의 얕은 동상	T33.1
- 조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
- 조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

주) 기타 복합 신체부위에 관한 사항은 안면부, 두부 및 목부위와 중복되어 발생한 경우에 한하여 보장되며, 안면부, 두부 및 목부위와 중복되지 아니한 복합 신체부위 상해는 보장에서 제외합니다.

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

골절(치아의 파절 제외)분류표

이 특약에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	140,400	0	100	100
3년	421,200	96,200	1,200	97,400
5년	702,000	236,600	3,600	240,200
7년	982,800	338,200	7,400	345,600
10년	1,404,000	500,000	16,100	516,100

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	132,000	0	100	100
3년	396,000	104,600	1,300	105,900
5년	660,000	244,200	3,800	248,000
7년	924,000	343,800	7,700	351,500
10년	1,320,000	500,000	16,400	516,400

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표8]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
초년도 장해연금 재해입원치료자금 재해수술급부금 외모수술자금 골절치료자금 통원치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
2차년도 이후 장해연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
건강관리자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 피보험자가 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

무배당 3대질병치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. “플러스적립금”이라 함은 책임준비금과 예정책임준비금과의 차이를 말합니다.
2. “책임준비금”이라 함은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 “환급금대출이율-1.5%”(3.5%를 최저보증하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. “예정책임준비금”이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 3대질병치료보험금 : 최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 보험금을 지급합니다. 그러나 최초계약의 보험계약일의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
② 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정 되어 해당 3대질병치료보험금이 지급된 후에 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 3대질병치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 3대질병치료보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 3대질병치료보험금이 지급된 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 3대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.

제11조【암, 갑상샘암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2[대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 암, 갑상샘암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암, 갑상샘암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단

층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제15조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 피보험자의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 피보험자의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제17조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제18조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단서(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제19조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
3대질병 치료보험금	최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정 되었을 때(단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 최초 1회에 한하여 지급함)	구분 / 경과기간	암, 뇌출혈, 급성심근경색증	갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
		1년미만	900만원	90만원
		2년미만	2,100만원	210만원
		2년이상	3,000만원	300만원
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 때	50만원 + 플러스적립금		

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.
2. 갱신계약의 경우 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(갑상샘암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 갑상샘의 악성신생물(분류번호 C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표5]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	210,000	36,700	400	37,100
3년	630,000	275,700	3,500	279,200
5년	1,050,000	447,000	8,500	455,500
7년	1,470,000	512,500	15,000	527,500
10년	2,100,000	500,000	26,500	526,500

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	211,200	33,000	400	33,400
3년	633,600	251,600	3,300	254,900
5년	1,056,000	406,400	7,900	414,300
7년	1,478,400	468,900	13,900	482,800
10년	2,112,000	500,000	24,700	524,700

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

무배당 2대질병치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. “플러스적립금”이라 함은 책임준비금과 예정책임준비금과의 차이를 말합니다.
2. “책임준비금”이라 함은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 “환급금대출이율-1.5%”(3.5%를 최저보증하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. “예정책임준비금”이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 2대질병치료보험금 : 보험기간 중 최초의 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정 되었을 때(단, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험기간 중 피보험자가 사망하고, 그 후에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 보험금을 지급합니다. 그러나 최초계약의 보험계약일의 전일 이전에 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
② 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정 되어 해당 2대질병 치료보험금이 지급된 후에 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 2대질병치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 2대질병치료보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 2대질병치료보험금이 지급된 뇌출혈 또는 급성심근경색증과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 2대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.

제11조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제12조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 피보험자의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 피보험자의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제14조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단서(단, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포

함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제16조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
2대질병 치료보험금	보험기간 중 최초의 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정 되었을 때(단, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 최초 1회에 한하여 지급함)	1년미만 2년미만 2년이상	900만원 2,100만원 3,000만원
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 때	50만원 + 플러스적립금	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.
2. 갱신계약의 경우 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	127,200	100	200	300
3년	381,600	161,100	2,000	163,100
5년	636,000	300,000	5,200	305,200
7년	890,400	386,800	9,800	396,600
10년	1,272,000	500,000	19,300	519,300

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	91,200	0	100	100
3년	273,600	131,900	1,500	133,400
5년	456,000	270,800	4,300	275,100
7년	638,400	367,900	8,500	376,400
10년	912,000	500,000	17,700	517,700

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

무배당 CI치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제3조(특약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제3조【특약의 갱신】
① 이 특약의 보험기간은 10년만기 갱신으로 하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)을 준용합니다.
② 제1조【특약의 성립 및 소멸】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 체신관서에 통지하지 아니하면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 하며, 이 경우 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 갱신계약은 갱신 전 특약의 보험기간 및 보험가입금액과 동일한 보험기간 및 보험가입금액으로 갱신하며, 피보험자 종신까지 갱신 가능합니다.
④ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 보험 관련 법규의 개정 등이 고려되어 약관이 변경될 수 있으며, 이 경우에는 변경된 약관을 갱신계약의 약관으로 적용합니다.
⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신 전 계약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다) 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 제4항 및 제5항에 따라 약관 또는 보험요율이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제4조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. “플러스적립금”이라 함은 책임준비금과 예정책임준비금과의 차이를 말합니다.
2. “책임준비금”이라 함은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 방법에 따라 적립순보험료를 “환급금대출이율-1.5%”(3.5%를 최저보증하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)로 납입일부터 일자계산에 의하여 부리 적립한 금액을 말합니다.
3. “예정책임준비금”이라 함은 장래 보험금(플러스적립금 제외) 지급을 위해 보험가입금액과 예정이율 등을 기준으로 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산된 금액을 말합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 중대질병치료보험금 : 보험기간 중 최초의 중대질병으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 중대질병수술보험금 : 보험기간 중 최초의 중대한 수술을 받았을 때(단, 최초 1회에 한하여 지급함)
3. 건강관리자금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 중대질병치료보험금의 경우, 보험기간 중 피보험자가 사망하고 그 후에 중대질병으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중대질병치료보험금을 지급합니다. 그러나 최초계약의 보험계약일의 전일 이전에 중대질병으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
② 중대질병으로 진단확정 되어 해당 중대질병치료보험금이 지급된 후에 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 중대질병으로 진단확정되어 해당 중대질병치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 중대질병치료보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 중대질병치료보험금이 지급된 중대질병과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 중대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 중대질병수술보험금이 지급된 후에 제3조【특약의 갱신】에 의하여 이 특약이 갱신된 경우에도 갱신계약의 보험기간 중 중대질병수술보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 중대질병수술보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 그 지급사유가 최초계약의 중대질병수술보험금이 지급된 중대한 수술과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 중대질병수술보험금을 지급하지 아니합니다.

제11조【중대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중대질병”이라 함은 별표2(중대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증간경화”, “중증신부전증”, “중증폐질환”을 말합니다.
② 중대질병의 진단확정은 별표2(중대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 기준에 따릅니다.

제12조【중대한 수술 정의】
이 특약에 있어서 “중대한 수술”이라 함은 별표3(중대한 수술)에서 정한 관상동맥우회수술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술, 조혈모세포이식수술을 말합니다.

제13조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제14조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제16조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
중대질병 치료보험금	보험기간 중 최초의 중대질병으로 진단이 확정되었을 때(단, 최초 1회에 한하여 지급함)	1년미만	900만원
		2년미만	2,100만원
		2년이상	3,000만원
중대질병 수술보험금	보험기간 중 최초의 중대한 수술을 받았을 때(단, 최초 1회에 한하여 지급함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 살아 있을 때	50만원 + 플러스적립금	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 플러스적립금을 지급하여 드립니다.
2. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

[별표2]

중대질병의 정의 및 진단확정

1. 중증간경화

① “중증간경화”라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.

1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.
3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.

② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

2. 중증신부전증

① “중증신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제5차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

3. 중증폐질환

① “중증폐질환”이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하
2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하

② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

[별표3]

중대한 수술

1. 관상동맥우회술(Coronary Artery Bypass Graft, CABG)

① "관상동맥우회술"이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
② 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 시술이나 개흉술을 동반하지 않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
③ 관상동맥우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

2. 대동맥류인조혈관치환수술(Aorta Graft Surgery)

① "대동맥류인조혈관치환수술"이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
② 단, 하기와 같이 카테터를 이용한 수술들은 보장에서 제외합니다.
예) 경피적혈관내대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm reoair)

3. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

① "심장판막수술"이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술
② 그러나 하기와 같은 수술들은 보장에서 제외합니다.
1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

4. 5대장기이식수술(5 Major Organ Transplantation)

① "5대장기이식수술“이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부 장기를 적출하여 장기부전상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다.
② 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

5. 조혈모세포이식수술(5 Major Organ Transplantation)

“조혈모세포이식(hematopoietic stem cell transplatation)”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말한다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말한다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말한다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말한다.

[별표4]

해약환급금 예시표

■ 남 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	111,600	0	200	200
3년	334,800	148,600	1,800	150,400
5년	558,000	289,300	4,800	294,100
7년	781,200	382,800	9,300	392,100
10년	1,116,000	500,000	18,700	518,700

■ 여 자

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	85,200	0	100	100
3년	255,600	114,300	1,400	115,700
5년	426,000	245,700	3,900	249,600
7년	596,400	345,800	7,800	353,600
10년	852,000	500,000	16,500	516,500

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6% -1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됩니다.

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

< 독립특약 >

(1) 입원관련특약

3대질병입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 입원하였을 때에는 보험수익자에게 3대질병입원급부금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.(단, 3대질병 중 뇌출혈 및 급성심근경색증은 15세 계약해당일 이후부터 보장합니다.)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 3대질병입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
② 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 3대질병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 3대질병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【3대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "3대질병"이라 함은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상샘암", "상피내암", "경계성 종양", "기타피부암", "뇌출혈", "급성심근경색증"을 말합니다.
② 3대질병의 진단확정은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 기준에 따릅니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 3대질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 3대질병입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
3대질병 입원급부금	3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당) ※ 단, 3대질병 중 뇌출혈 및 급성심근경색증은 15세 계약해당일 이후부터 보장함	암 뇌출혈 급성심근경색증	3만원(120일 한도)
		갑상샘암 기타피부암 상피내암 경계성 종양	9천원(120일 한도)

[별표2]

3대질병의 정의 및 진단확정

1. 암

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 악성신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

2. 갑상샘암

① 이 특약에 있어서 "갑상샘암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. 기타피부암

① 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. 상피내암

① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. 경계성 종양

① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

6. 뇌출혈

① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

7. 급성심근경색증

① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 전문의 자격증을 가진 자가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 피보험자의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 피보험자의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[별표3]

해약환급금 예시표

< 일시납 > (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	408,300	283,500	329,100	224,800
3년	408,300	298,500	329,100	233,200
5년	408,300	312,600	329,100	240,400
10년	408,300	342,000	329,100	252,200
15년	408,300	353,900	329,100	252,500
20년	408,300	340,300	329,100	241,500
40년	408,300	-	329,100	-

< 월 납 > (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	30,000	9,000	24,000	3,900
3년	90,000	47,800	72,000	31,900
5년	150,000	87,100	120,000	60,000
10년	300,000	177,200	240,000	120,400
15년	450,000	262,800	360,000	180,000
20년	600,000	340,300	480,000	241,500
40년	600,000	-	480,000	-

(2) 골절관련특약

상해골절특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 골절상태가 되었을 때 특약보험가입금액의 2%를 보험수익자에게 골절치료자금으로 지급합니다.
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.
② 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제10조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 “골절”이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표2(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제12조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(골절진단서, 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표2]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

해약환급금 예시표

< 일시납 > (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	153,700	106,200	125,600	86,900
3년	153,700	103,300	125,600	84,800
5년	153,700	100,100	125,600	82,600
10년	153,700	91,500	125,600	76,100
15년	153,700	81,600	125,600	68,500
20년	153,700	70,100	125,600	59,300
40년	153,700	-	125,600	-

< 월 납 > (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	10,800	2,200	9,600	2,000
3년	32,400	7,000	28,800	6,100
5년	54,000	12,200	48,000	10,600
10년	108,000	27,200	96,000	23,600
15년	162,000	46,100	144,000	39,600
20년	216,000	70,100	192,000	59,300
40년	216,000	-	192,000	-

(3) 통원관련특약

상해통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 통원 1회당 특약보험가입금액의 0.1%씩을 보험수익자에게 상해통원급부금으로 지급합니다.
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일로부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 계약은

재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 상해통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제10조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제12조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(통원증명서, 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표2]

해약환급금 예시표

< 일시납 > (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	421,700	283,200	450,900	306,100
3년	421,700	278,300	450,900	305,700
5년	421,700	272,600	450,900	303,700
10년	421,700	253,700	450,900	292,300
15년	421,700	227,100	450,900	271,800
20년	421,700	192,700	450,900	240,800
40년	421,700	-	450,900	-

< 월 납 > (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	31,200	-	32,400	2,700
3년	93,600	19,200	97,200	28,000
5년	156,000	39,400	162,000	53,600
10년	312,000	83,300	324,000	109,600
15년	468,000	132,900	486,000	171,200
20년	624,000	192,700	648,000	240,800
40년	624,000	-	648,000	-

(4) 출산관련특약

무배당 선천이상특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 특약체결시 가입한 임신 4개월 이상의 태아로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 3년만기로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 주계약과 함께 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1. "보험금지급기준표" 참조)
1. 선천이상입원급부금 : 선천이상으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
2. 선천이상수술급부금 : 선천이상으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접목적으로 수술하였을 때

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 선천이상입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 선천이상입원급부금의 경우 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 선천이상으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 선천이상에 의한 입원이라도 선천이상입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 선천이상입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

② 선천이상수술급부금의 경우, 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 선천이상수술급부금만을 지급합니다.

제11조【선천이상의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "선천이상"이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표2(선천이상분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 선천이상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자 (이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제12조【입원 및 수술의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사에 의하여 선천이상으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 선천이상으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제13조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 선천이상입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제14조【중대사유로 인한 해지】

① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제15조【해약환급금】

이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
선천이상 입원급부금	선천이상으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원(120일 한도)
선천이상 수술급부금	선천이상으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원

[별표2]

선 천 이 상 분 류 표

약관에 규정하는 선천이상으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형	Q00
2. 뇌류	Q01
3. 소두증	Q02
4. 선천 수두증	Q03
5. 뇌의 기타 선천 기형	Q04
6. 척추갈림증	Q05
7. 척수의 기타 선천 기형	Q06
8. 신경계통의 기타 선천기형	Q07
9. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천 기형	Q10
10. 무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
11. 선천 수정체 기형	Q12
12. 전안부의 선천 기형	Q13
13. 후안부의 선천 기형	Q14
14. 눈의 기타 선천 기형	Q15
15. 청력 장애를 유발하는 귀의 선천 기형	Q16
16. 귀의 기타 선천 기형	Q17
17. 얼굴 및 목의 기타 선천기형	Q18
18. 심방실 및 연결의 선천 기형	Q20
19. 심장 중격의 선천 기형	Q21
20. 폐동맥 및 삼첨판의 선천 기형	Q22
21. 대동맥 및 승모판의 선천 기형	Q23
22. 심장의 기타 선천 기형	Q24
23. 대동맥의 선천 기형	Q25
24. 대정맥의 선천 기형	Q26
25. 말초혈관계통의 기타 선천 기형	Q27
26. 순환기계통의 기타 선천 기형	Q28
27. 코의 선천 기형	Q30
28. 후두의 선천 기형	Q31
29. 기관 및 기관지의 선천 기형	Q32
30. 폐의 선천 기형	Q33
31. 호흡기계통의 기타 선천 기형	Q34
32. 입천장갈림증	Q35
33. 입술갈림증	Q36
34. 입술갈림증을 동반한 입천장갈림증	Q37
35. 혀, 입 및 인두의 기타 선천 기형	Q38
36. 식도의 선천 기형	Q39
37.상부 소화관의 기타 선천 기형	Q40
38. 작은창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
39.큰창자의 선천 결여, 폐쇄 및협착	Q42
40. 창자의 기타 선천 기형	Q43
41. 쓸개(담낭), 쓸개관(담관) 및 간의 선천 기형	Q44
42. 소화기계통의 기타 선천 기형	Q45
43. 난소, 자궁관 및 넓은인대의 선천 기형	Q50
44. 자궁 및 자궁목의 선천 기형	Q51
45. 여성 생식기의 기타 선천 기형	Q52
46. 정류 고환	Q53
47. 요도하열	Q54
48. 남성 생식기관의 기타 선천 기형	Q55
49. 중성 및 가성 반음양증	Q56
50. 콩팥(신장) 무발생증 및 기타 감소성 결손	Q60
51. 낭성 콩팥(신장)병	Q61
52. 콩팥깔때기의 선천 폐쇄성 결손 및 요관의 선천 기형	Q62
53. 콩팥(신장)의 기타 선천 기형	Q63
54. 비뇨기계통의 기타 선천 기형	Q64
55. 엉덩관절의 선천 변형	Q65
56. 발의 선천 변형	Q66
57. 머리, 얼굴, 척추 및 가슴의 선천 근육골격 변형	Q67
58. 기타 선천 근육골격 변형	Q68
59. 다지증	Q69
60. 합지증	Q70

대 상 질 병 명	분 류 번 호
61. 팔의 감소성 결손	Q71
62. 다리의 감소성 결손	Q72
63. 상세불명 사지의 감소성 결손	Q73
64. 사지의 기타 선천 기형	Q74
65. 머리뼈 및 얼굴뼈의 기타 선천 기형	Q75
66. 척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76
67. 관모양뼈 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골 형성이상	Q77
68. 기타 골연골형성이상	Q78
69. 달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천 기형	Q79
70. 선천 비늘증	Q80
71. 표피 수포증	Q81
72. 피부의 기타 선천 기형	Q82
73. 유방의 선천 기형	Q83
74. 외피의 기타 선천기형	Q84
75. 달리 분류되지 않은 모반증	Q85
76. 달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천 기형 증후군	Q86
77. 다발 기계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천 기형 증후군	Q87
78. 달리 분류되지 않은 기타 선천 기형	Q89
79. 다운 증후군	Q90
80. 에드워즈 증후군 및 파타우 증후군	Q91
81. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
82. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Q93
83. 달리 분류되지 않은 균형성 재배열 및 구조적 표지자	Q95
84. 터너 증후군	Q96
85. 달리 분류되지 않은 여성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q97
86. 달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q98
87. 달리 분류되지 않은 기타 염색체 이상	Q99

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

해약환급금 예시표

(특약보험가입금액 1,000만원, 0세, 3년만기, 전기납 기준)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	19,200	0	15,600	0
2년	38,400	0	31,200	0
3년	57,600	0	46,800	0

(5) 전환관련특약

무배당 알찬전환특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 이미 체결되어 있는 유효한 보험계약(부가된 특약을 포함하며, 이하 "전환전계약"이라 합니다)에 부가할 때 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)가 신청하고 체신관서가 승낙함으로써 이루어집니다.
② 체신관서가 계약의 신청을 승낙한 경우에는 보험료를 받은 때로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "전환일"로 봅니다)
③ 전환일이라 함은 전환전계약의 보험기간 만기일 익일로 합니다.
④ 체신관서는 보장개시일로부터 전환전계약의 약관중 "보험금의 종류 및 지급사유" 조항에 대하여 더 이상 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료의 감액
2. 보험수익자
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제10조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험수익자를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제3조【계약자의 임의해지】
계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제10조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제4조【전환전계약으로의 환원】
① 제1조【특약의 성립 및 소멸】의 규정에도 불구하고 전환일 전에 발생된 원인으로 인하여 이 특약의 보험금이 지급되지 않은 경우 전환되지 않은 것으로 하며 전환전계약의 약관을 적용합니다.
② 제1항의 규정에도 불구하고 이 특약의 약관에 정한 보험금이 지급된 경우 전환전계약으로 환원하여 드리지 아니하며 이 특약의 약관을 적용합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【전환가격】
전환전계약의 만기보험금과 배당금의 합계액을 전환가격으로 하며 전환가격은 이 특약의 보험료로 충당됩니다.

제6조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에게 지급하고 제2조【특약내용의 변경】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지합니다.
② 체신관서는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제7조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)

1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때
2. 장해급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 별표3에서 정한 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제8조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.

⑦ 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제7조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.

⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

⑭ 피보험자와 체신관서가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 체신관서가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제9조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 다음 각 목의 경우에는 그러하지 아니합니다.

가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 잔액을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제10조【해약환급금】

이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제11조【배당금 지급】

이 특약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제12조【중대사유로 인한 해지】

① 체신관서는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 체신관서는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제10조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【전환전계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 전환전계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
장해급부금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	일시납보험료 × 해당 장해지급률

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
2. 적립금액 : 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 순보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 "환급금대출이율-1%"(최저보증이율 2.5%)로 보험료 납입일로부터 이자를 계산하여 적립한 금액입니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의
1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위
"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타
1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "악간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 악간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골운합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
나) "심한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
다) "뚜렷한 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) "약간의 장해"라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100

장해의 분류	지급률
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

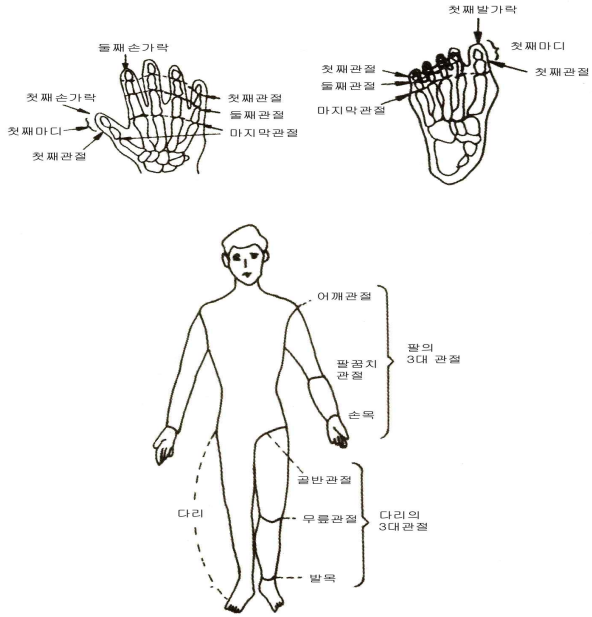
⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도



[별표4]

해약환급금 예시표

(기준 : 일시납보험료 10만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	100,000	102,054
2년	100,000	107,268
3년	100,000	111,690
4년	100,000	116,316
5년	100,000	121,154
6년	100,000	126,214
7년	100,000	131,508

주) 1. 위 해약환급금은 환급금대출이율이 5.6%인 경우로써, 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라지게 됩니다.
2. 2년 미만 해지시에는 다음의 이율을 적용합니다.
- 1년 미만 : 환급금대출이율-3%
- 2년 미만 : 환급금대출이율-2%
3. 적용이율은 2.5%를 최저보증합니다.

(6) 서비스관련특약

이륜자동차부담보특약 약관

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 주계약 및 특약 약관의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 재해로 인하여 주계약 및 특약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50시시 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.
③ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 등으로 결정합니다.

제4조【해지된 특약의 부활(효력회복)】
체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제5조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

특정 부위·질병 부담보 특약 약관

제1조 (특약의 체결 및 효력)
① 이 특약은 주된 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 체신관서가 정한 청약심사 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다.)
② 이 특약에 대한 보장개시일(책임개시일)은 주계약의 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 (특별면책조건의 내용)
① 주계약에 이 특약을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 "특정부위 부담보"의 경우에는 제2항 제1호의 조건을 부가하고, "특정질병 부담보"의 경우에는 제2항 제2호의 조건을 부가합니다.
② 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서는 보험금을 지급하지 아니하거나, 보험료 납입을 면제하지 아니합니다.
다만, 사망 또는 장해분류표중 여러 신체부위의 장해지급률이 80% 이상인 장해상태(2005년10월4일 이전 계약에 대해서는 사망 또는 제1급의 장해상태)로 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.
1. 별표(분류번호 1~39번)의 "부담보 부위 분류표"중에서 체신관서가 지정한 부위(이하 "특정부위"라 합니다)에 발생한 질병
2. 별표(분류번호 40~44번)의 "부담보 질병 분류표"중에서 체신관서가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)
③ 제2항의 면책기간은 특정질병 또는 특정부위의 상태에 따라 "1년부터 5년" 또는 "주계약의 보험기간"으로 하며, 그 판단기준은 체신관서에서 정한 청약심사 기준을 따릅니다.
다만, 개개인의 질병상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.
④ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 주계약의"재해분류표"에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다.)로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
⑤ 피보험자가 체신관서가 정한 부담보 기간의 종료일을 포함하여 계속 입원한 경우 그 입원에 대해서는 부담보 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
⑥ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.
⑦ 제2항의 특정부위와 특정질병은 2개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조 [효력상실된 특약의 부활(효력회복)]
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일(책임개시일)은 제1조 제2항의 규정을 따릅니다.

제4조 (주계약 약관 규정의 준용)
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

[별표] **부담보 부위 및 질병 분류표**

분류번호	부담보 부위	분류번호	부담보 부위	분류번호	부담보 부위
1	위, 십이지장 또는 공장	14	전립선	27	우고관절부
2	맹장(충수돌기 포함) 또는 회장	15	유방(유선포함)	28	좌상지(좌견관절부 제외)
3	직장 또는 항문	16	자궁(이상분만의 경우 포함)	29	우상지(우견관절부 제외)
4	간장, 담낭 또는 담관			30	좌하지(좌고관절부 제외)
5	췌장	17	난소 또는 난관	31	우하지(우고관절부 제외)
6	기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽	18	고환(고환초막 포함), 부고환, 정관, 정삭, 정낭	32	자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
7	코(외비, 비강 또는 부비강 포함)				
8	인두 또는 후두	19	갑상선	33	서혜부(서혜헤르니아, 음낭헤르니아 또는 대퇴헤르니아가 생긴 경우에 한함)
9	구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선 또는 설하선	20	경추부(해당신경포함)		
		21	흉추부(해당신경포함)		
10	귀(외이, 고막, 중이, 내이, 청신경 또는 유양돌기 포함)	22	요추부(해당신경포함)	34	식도
		23	천골부 또는 미골부(해당신경포함)	35	대장(맹장 및 직장 제외)
11	안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내조직 포함)			36	피부(두피 및 입술포함)
		24	좌견관절부	37	수부
12	신장	25	우견관절부	38	족부
13	요관, 방광 또는 요도	26	좌고관절부	39	상·하악부

분류번호	부담보 질병
40	당석증
41	요로결석증(신장, 방광, 요관, 요도 모두 포함)
42	임신중독증
43	골관절증 및 류마토이드관절염
44	척추만곡증

※ 부담보 부위·질병을 합산하여 2종류 이내에서 선택부가할 수 있습니다.

[별표 2-2] 우체국보험 약관

2. 판매예정 상품

< 주계약 >

우체국 학자금보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【보험대상자(피보험자)의 범위】
① 이 보험의 보험대상자(피보험자)는 주보험대상자(주피보험자)와 종보험대상자(종피보험자)로 구성하며 주보험대상자(주피보험자)는 가입자녀로 하고, 종보험대상자(종피보험자)는 가입부모로 합니다.[이하 "주보험대상자(주피보험자)"와 "종보험대상자(종피보험자)"를 합하여 "보험대상자(피보험자)"라 합니다]
② 제1항의 종보험대상자(종피보험자)는 계약자와 동일하여야 합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지

급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표5 "해약환급금 예시표" 참조)

제8조【계약의 소멸】
주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제22조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제23조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 주보험대상자(주피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 학자금 : 주보험대상자(주피보험자)가 학자금 해당 나이의 계약해당일에 살아 있을 때
2. 입원급부금 : 주보험대상자(주피보험자)가 별표4(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료 납입기간 중 종보험대상자(종피보험자)가 사망하거나 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 주보험대상자(주피보험자)가 사망한 경우에는 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제3항에서 정한 보험료를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제15조【입원의 정의와 장소】
이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제16조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자신을 해침으로써 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제17조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제18조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제19조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제20조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제21조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제22조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제23조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제24조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호의 경우에는 주보험대상자(주피보험자)로 하며, 주보험대상자(주피보험자) 사망시에는 주보험대상자(주피보험자)의 상속인으로 합니다.

제25조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제26조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제27조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제28조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제29조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제28조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 학자금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제30조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 가입구좌 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제31조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제32조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제33조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제34조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】

체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제35조【계약나이의 계산】
보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제36조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제37조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
학자금	주보험대상자(주피보험자)가 학자금 해당나이의 계약해당일에 살아있을 때	지급시기 (주피보험자 해당나이)	지급액
		12세 계약해당일 (9세 이전 가입자에 한함)	50만원
		15세 계약해당일	70만원
		16세 계약해당일	70만원
		17세 계약해당일	70만원
		18세 계약해당일	200만원
		19세 계약해당일	200만원
		20세 계약해당일	200만원
		21세 계약해당일	200만원
입원급부금	주보험대상자(주피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원 (120일 한도)	

주) 보험기간 중 주보험대상자(주피보험자)가 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "악간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 악간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)“인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표4]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

해약환급금 예시표

□ 일시납

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 주보험대상자(주피보험자) 0세, 종보험대상자(종피보험자) 남자 30세, 21세만기, 일시납)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	5,923,600	5,895,800	5,891,400	5,866,300
3년	5,923,600	6,286,200	5,891,400	6,259,400
5년	5,923,600	6,724,700	5,891,400	6,699,100
7년	5,923,600	7,197,700	5,891,400	7,173,800
10년	5,923,600	7,980,200	5,891,400	7,959,300
20년	5,923,600	3,968,200	5,891,400	3,963,600
21년	5,923,600	2,000,000	5,891,400	2,000,000

주) 위 경과기간별 해약환급금에는 해당 경과년도의 학자금을 포함하고 있음

□ 월납

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 주보험대상자(주피보험자) 0세, 종보험대상자(종피보험자) 남자 30세, 21세만기, 전기납)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	428,400	193,400	426,000	194,900
3년	1,285,200	1,047,500	1,278,000	1,049,200
5년	2,142,000	1,980,000	2,130,000	1,980,300
7년	2,998,800	2,899,400	2,982,000	2,898,900
10년	4,284,000	4,418,600	4,260,000	4,416,700
20년	8,568,000	3,575,800	8,520,000	3,572,800
21년	8,996,400	2,000,000	8,946,000	2,000,000

주) 1. 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자) 동시생존시의 해약환급금임
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함
3. 위 경과기간별 해약환급금에는 해당 경과년도의 학자금을 포함하고 있음

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
입원급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
학자금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 주보험대상자(주피보험자) 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 바로받는연금보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험금을 받는 자(보험수익자)
2. 계약의 승계
3. 기타 계약사항
② 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 계약을 해지할 수 없습니다.

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제15조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제14조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이

보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 매년 계약해당일에 살아있을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

제11조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제12조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제13조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제14조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제15조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제14조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제16조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 계약자로 합니다.

제18조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제19조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제20조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제21조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제3호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제22조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제21조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제14조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제23조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제24조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제25조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제26조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제27조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제28조【계약나이의 계산】
보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제29조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제30조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
생존연금	매년 계약해당일에 살아 있을 때	보장개시일 이후 만1개월이 경과된 계약해당일부터 매월 계약해당일에 연금월액을 지급 (10년 보증지급)

주) 1. 생존연금의 연금월액은 매년 계약해당일의 생존자에 대하여 해당 보험년도의 매월 계약해당일에 지급하는 것으로, 해당 보험년도의 연금월액(12회분)을 선지급 받기를 원하는 경우 체신관서는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산한 금액을 선지급하여 드립니다.
2. “연금월액”이란 보장개시일의 적립금액을 기준으로 계산한 금액을 말하며, “적립금액”이란 이 보험의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정한 바에 따라 계산한 금액을 말합니다.
3. 생존연금의 계산은 “환급금대출이율-1%”(최저보증이율 3%)를 적용하여 계산되기 때문에 환급금대출이율이 변경된 경우에는 생존연금도 변경됩니다.
4. 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율을 기준으로 적용합니다.
5. 생존연금 지급개시 후 10년 보증지급기간 안에 사망시에는 10년까지의 미지급된 각 연금월액을 매월 계약해당일에 드리거나 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
6. 보장개시일 이후의 환급금대출이율이 보장개시일의 환급금대출이율과 계속 동일한 경우의 해당년도 생존연금은 직전년도 생존연금과 동일하나, 보장개시일 이후의 환급금대출이율이 변경될 경우에는 직전년도의 생존연금과 차이가 있을 수 있습니다.

[별표2]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율("환급금대출이율-1%", 최저보증이율 3%)을 말합니다.

우체국 교통상해보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험료 수금방법
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표6 "해약환급금 예시표" 참조)

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)

② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제25조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제24조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제22조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제21조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제24조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제25조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제26조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 뺑소니·무보험 교통사고사망보험금 : 뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 대중교통이용 중 교통사고사망보험금 : 대중교통이용 중 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
4. 기타 교통재해사망보험금 : 별표3(교통재해분류표)에서 정하는 교통재해(이하 "교통재해"라 합니다) 중 뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고와 대중교통이용 중 교통사고를 제외한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
6. 장해연금 : 별표2에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
7. 장해급부금 : 교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 50%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때
7. 입원급부금 : 교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

8. 수술급부금 : 교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
9. 골절치료자금 : 교통재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 교통재해로 인하여 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 교통재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 교통재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 보험기간 만료시까지 또는 교통재해 이외의 원인으로 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제1호에서 정한 만기급부금 또는 제3항에서 정한 책임준비금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 동일한 사고로 인하여 두 가지 이상의 사망보험금 지급사유가 발생한 경우 사망보험금은 중복하여 지급되지 않습니다.
④ 장해지급률이 교통재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 교통재해"의 경우 하나의 사고로 인한 교통재해를 말합니다.
⑦ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 교통재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 교통재해를 원인으로 하여 장해가 2회이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해연금 또는 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금 또는 장해급부금에서 이미 지급한 장해연금 또는 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑫ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 교통재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해연금 또는 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해연금 또는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해연금 또는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해연금 또는 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑬ 동일한 교통재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.
⑭ 입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 1회 입원당 120일을 최고 한도로 지급합니다.
2. 동일 교통재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 교통재해에 의한 입원이라도 입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑮ 수술급부금의 경우 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술급부금만을 지급합니다.
⑯ 골절치료자금의 경우, 동일한 교통재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.

제15조【뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고의 정의】
① 이 계약에 있어서 "뺑소니 교통사고"라 함은 보험대상자(피보험자)가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니 사고로 신고되어 「자동차손해배상보장법」상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "무보험자동차에 의한 교통사고"라 함은 보험대상자(피보험자)가 「자동차손해배상보장법」상의 책

임보험(대인배상Ⅰ)을 제외한 자동차보험(공제 포함)에서 보상받지 못하는 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생한 경우를 말합니다. 다만, 가해자동차가 2대 이상인 경우 모두가 무보험자동차인 경우에 한합니다.

제16조【대중교통이용 중 교통사고의 정의】
① 이 계약에 있어서 "대중교통이용 중 교통사고"라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 운행 중인 대중교통기관에 탑승 중 발생한 교통사고
2. 보험대상자(피보험자)가 대중교통기관의 이용을 목적으로 대중교통기관에 오르거나 내리는 도중 발생한 교통사고
3. 보험대상자(피보험자)가 대중교통기관의 이용을 목적으로 개찰구를 갖는 대중교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 발생한 사고

② 제1항에서 "대중교통기관"이라 함은 다음에 정한 것을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철, 전철 및 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 정한 시내버스, 농어촌버스 및 시외버스
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 정한 일반택시 및 개인택시
5. 여객자동차운수사업법 제5조 제3항에 의해 한정면허를 받아 운행하는 노선버스

제17조【입원 및 수술의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제18조【골절의 정의】
이 계약에서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표5(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제19조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제20조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제21조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제22조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제23조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제24조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제25조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제24조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제26조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제27조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제9호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제28조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제29조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제30조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원확인서, 수술증명서, 골절진단서 및 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할

수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제32조【보험금 등의 지급】

① 체신관서는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제24조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제33조【계약내용의 교환】

체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제34조【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제35조【약관의 해석】

① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제36조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】

보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제37조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】

체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제38조【계약나이의 계산】

① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제39조【분쟁조정】

계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제40조【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	
뺑소니·무보험 교통사고사망보험금	뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1억원	
대중교통이용 중 교통사고사망보험금	대중교통이용 중 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1억원	
기타 교통재해사망보험금	교통재해 중 뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고와 대중교통이용 중 교통사고를 제외한 교통재해를 직접적인원인으로 사망하였을 때	5,000만원	
장해연금	장해분류표 중 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	100%	1,000만원씩 10년
		80%~100%미만	500만원씩 10년
		50%~80%미만	300만원씩 10년
		(매년 장해진단해당일 확정지급)	
장해급부금	교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 50%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률	
입원급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)	
수술급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원	
골절치료자금	교통재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만원	

주) 1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 교통재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

2. 장해연금의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

[별표2]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100

장해의 분류	지급률
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표3]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	27. 비장(脾腸) 적제술

구분	수술명
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	50. 음경(陰莖) 절단술
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술

구분	수술명
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적제술
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술
	69. 누소관(淚小管)형성술
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술
	72. 각막(角膜) 이식술
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술
	82. 안근(眼筋)이식술
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술
	86. 내이(內耳) 관혈수술
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)
	92. 요실금수술, 방광류교정술

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潛助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표5]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아의 파절 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

해약환급금 예시표

□ 순수보장형

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	76,800	0	57,600	0
3년	230,400	0	172,800	0
5년	384,000	0	288,000	0
10년	768,000	0	576,000	0

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

□ 만기환급형

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	453,600	299,900	342,000	207,900
3년	1,360,800	1,140,200	1,026,000	851,400
5년	2,268,000	2,046,200	1,710,000	1,544,400
10년	4,536,000	4,536,000	3,420,000	3,420,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표7]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분			적립기간	적립이율
뺑소니·무보험 교통사고사망보험금 대중교통이용 중 교통사고사망보험금 기타 교통재해사망보험금 초년도 장해연금 장해급부금, 입원급부금 수술급부금, 골절치료자금			지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
2차년도 이후 장해연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우		보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
			보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간			예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간			환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우		보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우		보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간			예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간			환급금대출이율
해약환급금			해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
			해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
			지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 보험대상자(피보험자)가 교통재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 실버보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제20조 【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표6 "해약환급금 예시표" 참조)

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로

봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제24조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제23조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제21조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제23조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제24조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제25조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 재해사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
2. 일반사망보험금 : 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때
3. 노인성질환입원급부금 : 노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
4. 노인성질환수술급부금 : 노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
5. 노인성질환통원급부금 : 노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
6. 재해골절치료자금 : 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때
7. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
② 보험료납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우에는 보험기간 만료시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제7호에서 정한 만기급부금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑧ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 노인성질환입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 노인성질환입원급부금의 경우 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 노인성질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 노인성질환에 의한 입원이라도 노인성질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 노인성질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑫ 노인성질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.
⑬ 재해골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절치료자금을 지급하지 아니합니다.

제15조【노인성질환의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "노인성질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(노인성질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 노인성질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제16조【입원, 수술 및 통원의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 노인성질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 노인성질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 노인성질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제17조【골절의 정의】

이 계약에서 “골절”이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표5(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제18조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살하거나 자신을 해침으로써 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 노인성질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제19조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제20조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제21조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제22조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제23조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)

제24조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제23조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.

⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제25조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제26조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제7호의 경우에는 계약자로 하며, 동조 동항 제1호 내지 제6호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제27조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제28조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제29조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진단서(병명기입), 입원확인서, 수술증명서, 통원증명서, 골절진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제31조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제30조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제23조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제32조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이

용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의 등】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제33조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제34조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제35조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제37조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제38조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제7장 선지급서비스특칙

제39조【특칙의 성립 및 소멸】
① 이 특칙은 계약자와 보험대상자(피보험자)가 동일한 계약에 한하여 적용합니다.
② 이 특칙에 대한 체신관서의 보장개시는 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용합니다.
③ 계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제40조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】에 정한 선지급사망보험금의 지급이 완료된 경우에는 이 특칙도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제40조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】
체신관서는 보험기간 중에 의료법 제3조【의료기관】제3항에서 정한 종합병원의 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 보험대상자(피보험자)의 잔여수명(이하 "여명"이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 체신관서가 정한 방법에 따라 사망보험금액의 60%를 선지급사망보험금으로 보험대상자(피보험자)에게 지급합니다.

제41조【선지급에 관한 세부규정】
① 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특칙의 선지급사망보험금 지급일 이후 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 또는 제2항의 사망보험금의 청구를 받아도 이 특칙에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금액은 지급하지 아니합니다.
② 이 특칙의 선지급사망보험금이 지급되기 전에 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호 또는 제2호의 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특칙의 선지급사망보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 선지급사망보험금을 지급하는 날의 사망보험금을 기준으로 합니다.
④ 보험대상자(피보험자) 또는 대리청구인의 고의에 의하여 보험대상자(피보험자)가 제40조【선지급 사유 및 선지급사망보험금】의 규정에 해당된 경우에는 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제42조【대리청구인】
① 보험대상자(피보험자)가 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 없는 경우에는 다음의 자(이하 "대리청구인"이라 합니다)가 제43조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】에 정한 구비서류를 제출하고 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 있습니다.
1. 선지급사망보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 호적상의 배우자
2. 선지급사망보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 직계존비속

② 제1항의 규정에 의하여 체신관서가 이 특칙의 선지급사망보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특칙의 선지급사망보험금 청구를 받더라도 이를 지급하지 아니합니다.

제43조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】
① 보험대상자(피보험자) 또는 대리청구인은 이 계약의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구할 수 있습니다.
② 보험대상자(피보험자) 또는 대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 이 특칙의 선지급사망보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 종합병원에서 발급한 진단서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증)
4. 보험대상자(피보험자)의 인감증명서(대리청구인이 청구할 경우)
5. 보험대상자(피보험자) 및 대리청구인의 호적등본 및 주민등록등본(대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 보험대상자(피보험자) 또는 대리청구인이 선지급사망보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제44조【선지급사망보험금의 지급】
① 체신관서는 제43조【선지급사망보험금 청구 및 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 이 특칙의 선지급사망보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 보험대상자(피보험자)가 체신관서로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날때까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 체신관서가 지정한 의사에 의한 보험대상자(피보험자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실확인이 끝날때까지 이 특칙의 선지급사망보험금을 지급하지 아니합니다.
④ 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 선지급사망보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

제45조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지 급 구 분	지 급 사 유	지 급 액		
재해사망보험금	재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원		
일반사망보험금	재해 이외의 원인으로 사망하였을 때	1년미만	2년미만	2년이상
		300만원	700만원	1,000만원
노인성질환 입원급부금	노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원 (120일 한도)		
노인성질환 수술급부금	노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	30만원		
노인성질환 통원급부금	노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	5천원		
재해골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	20만원		
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형만 해당)	이미 납입한 보험료		

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표4]

노 인 성 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 노인성질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10~E14
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
허혈성 심장 질환	허혈성 심장 질환	I20~I25
기타 심장질환	급성 류마티스 열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
콩팥(신장)기능상실	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
담석증	담석증	K80
담낭염	담낭염	K81
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
	전신 홍반성 루푸스	M32
	피부다발근육염	M33
	전신경화증	M34
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아의 파절 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

해약환급금 예시표

■ 순수보장형

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	242,400	99,800	178,800	44,300
3년	727,200	501,300	536,400	337,300
5년	1,212,000	914,500	894,000	640,900
10년	2,424,000	1,915,700	1,788,000	1,353,300
15년	3,636,000	3,020,600	2,682,000	2,127,200
20년	4,848,000	4,236,600	3,576,000	2,963,900
40년	4,848,000	0	3,576,000	0

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

■ 만기환급형

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	292,800	63,100	242,400	20,100
3년	878,400	596,500	727,200	471,800
5년	1,464,000	1,149,600	1,212,000	944,000
10년	2,928,000	2,441,900	2,424,000	2,027,700
15년	4,392,000	3,914,200	3,636,000	3,258,700
20년	5,856,000	5,606,700	4,848,000	4,662,300
40년	5,856,000	5,856,000	4,848,000	4,848,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표7]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
재해사망보험금 일반사망보험금 노인성질환입원급부금 노인성질환수술급부금 노인성질환통원급부금 재해골절치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.

우체국 간병보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표7 “해약환급금 예시표” 참조)

제7조【계약의 소멸】
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 사망(보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종신고를 받은 경우 포함)하였을 경우. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
2. 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에서 정한 장기간병급부금의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】 및 제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제24조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 장기간병급부금 : "일상생활장해상태"로 진단이 확정되었거나 "중증치매상태"로 진단이 확정되었을 때 (단, "일상생활장해상태" 또는 "중증치매상태" 두 가지 지급사유 중 최초로 발생한 지급사유에 대해 1회에 한하여 지급함)
2. 장기간병연금 : "일상생활장해상태"로 진단이 확정되었거나 "중증치매상태"로 진단이 확정되었을 때 (단, "일상생활장

해상태" 또는 "중증치매상태" 두 가지 지급사유 중 최초로 발생한 지급사유에 한하며, 보험금 지급사유 발생해당일을 최초로 하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 제1항 제1호에서 정한 장기간병급부금의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험대상자(피보험자)가 제1항 제1호에서 정한 장기간병급부금의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 사망한 경우에는 제1항 제1호에서 정한 장기간병급부금의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제3항에서 정한 책임준비금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
② 제1항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
③ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
④ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑤ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑥ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑦ 제6항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

제15조【일상생활장해상태의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "일상생활장해상태"라 함은 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해(별표4 "질병 및 재해분류표 참조)로 인하여 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 중 제1호 및 제2호에 동시에 해당되며, 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
1.「이동(보행)하기」를 스스로 할 수 없는 상태
2. 다음 (가)~(라) 항목 중 한 가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태
(가) 식사하기
(나) 화장실 사용하기
(다) 목욕하기
(라) 옷입기
② 제1항에서 "스스로 할 수 없는 상태"라 함은 별표5("일상생활 기본동작" 유형 및 "타인의 완전한 도움" 판단기준표)에서 정한 "항상 타인의 완전한 도움"이 반드시 필요한 경우를 말합니다.
③ "일상생활장해상태" 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대사자(피보험자)의 "일상생활장해상태"가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 "일상생활장해상태"로 최종 진단 확정됩니다.

제16조【중증치매상태의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "중증치매상태"라 함은 보험기간 중 발생한 재해 또는 한국표준질병·사인분류 중 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병(별표6 "기질성(器質性) 치매분류표" 참조)으로 인하여 "기질성(器質性) 치매(organic dementia)상태"가 되고 이로 인하여 "인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
② 제1항에서 정한 "인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년) 검사 결과가 3점이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때 "CDR척도(2001년)"는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.
③ "중증치매상태" 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대상자(피보험자)의 "중증치매상태"가 계속되어 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 "중증치매상태"로 최종 진단 확정됩니다.
④ 제1항에도 불구하고 "정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애" 및 "알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애"는 보장대상에서 제외합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보

험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자신을 해침으로써 장해상태가 되었을 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제22조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제24조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에

의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호 내지 제2호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다. 다만, 체신관서는 보험금을 받는자(보험수익자)가 제16조【"중증치매상태"의 정의 및 진단확정】에서 정한 "중증치매상태"인 경우에는 후견인이 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하여 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하도록 요구할 수 있습니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서 등)
3. "일상생활장해상태" 또는 "중증치매상태"에 대한 진단서 등
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서 및 제3호의 진단서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날(단, 보험금의 경우 접수한 날이 제15조【"일상생활장해상태"의 정의 및 진단확정】 제3항 및 제16조【"중증치매상태"의 정의 및 진단확정】 제3항에서 정한 "일상생활장해상태" 및 "중증치매상태"의 최종 진단 확정일을 경과하지 않은 경우에는 그 최종 진단 확정일을 서류를 접수한 날로 봅니다. 이하 같습니다)로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의 등】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용

3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제33조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제34조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제36조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제37조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제38조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

<table>
<tr><th>지급구분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="3">지 급 액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">장기간병급부금</td><td rowspan="2">“일상생활장해상태”로 진단이 확정되었거나 “중증치매상태”로 진단이 확정되었을 때 (단, “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태” 두 가지 지급사유 중 최초로 발생한 지급사유에 대해 1회에 한하여 지급함)</td><td>1년미만</td><td>2년미만</td><td>2년이상</td></tr>
<tr><td>300만원</td><td>700만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">장기간병연금</td><td rowspan="2">“일상생활장해상태”로 진단이 확정되었거나 “중증치매상태”로 진단이 확정되었을 때 (단, “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태” 두 가지 지급사유 중 최초로 발생한 지급사유에 한하며, 보험금 지급사유 발생해당일을 최초로 하여 지급함)</td><td colspan="3">500만원씩 10년</td></tr>
<tr><td colspan="3">매년 발생해당일 확정지급</td></tr>
</table>

주) 1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 장기간병급부금의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 장기간병급부금 및 장기간병연금은 제15조【일상생활장해상태의 정의 및 진단확정】제3항 및 제16조【중증치매상태의 정의 및 진단확정】제3항에 따라 발생시 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태”로 최종 진단 확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다.
3. 장기간병연금의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의
1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위
"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타
1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 악간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "악간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 악간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 악간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 악간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 악간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 악간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 악간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표4]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

"일상생활 기본동작" 유형 및 "타인의 완전한 도움" 판단기준표

약관에 규정하는 "항상 타인의 완전한 도움"이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유 형	판단방법
이동(보행)하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다. (예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다)
식사하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 식사를 전혀 할 수 없거나 현재 계속적으로 튜브나 경정맥수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다.
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계없이 다른 사람의 계속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 샤워, 목욕을 전혀 할 수 없다.
옷입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

[별표6]

기 질 성(器質性) 치 매 분 류 표

약관에 규정하는 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 알츠하이버병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	778,800	549,500	853,200	623,100
3년	2,336,400	2,130,500	2,559,600	2,360,300
5년	3,894,000	3,828,800	4,266,000	4,227,300
10년	7,788,000	8,445,100	8,532,000	9,325,000
15년	11,682,000	13,993,700	12,798,000	15,446,100
20년	15,576,000	20,634,400	17,064,000	22,752,200
40년	15,576,000	39,248,100	17,064,000	41,557,800

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표8]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
장기간병급부금 초년도 장기간병연금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
2차년도 이후 장기간병연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	예정이율
		보험기간 만기일(단, 이 계약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 보험대상자(피보험자)가 장기간병급부금의 보험금 지급사유가 발생하기 전에 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 여성건강보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험금을 받는 자(보험수익자)
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표9 “해약환급금 예시표” 참조)

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한

정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제26조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체 기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제23조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】 및 제26조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제27조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 여성3대암치료보험금 : 최초의 여성3대암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
2. 여성질환입원급부금 : 여성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
3. 성인질환입원급부금 : 성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
4. 입원급부금 : 별표3(질병분류표)에서 정한 질병(이하 "질병"이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
5. 여성질환수술급부금 : 여성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 여성질환수술을 받았을 때

6. 성인질환수술급부금 : 성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 성인질환수술을 받았을 때
7. 수술급부금 : 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
8. 여성질환통원급부금 : 여성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
9. 골절치료자금 : 별표2(재해분류표)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 골절상태가 되었을 때
10. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)

② 보험료납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 여성3대암으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 보험기간 만료시까지 또는 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제10호에서 정한 만기급부금 또는 제3항에서 정한 보험료를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 여성3대암치료보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 여성3대암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 여성3대암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 여성3대암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
⑤ 여성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 및 입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 여성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 및 입원급부금의 경우 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 여성질환, 성인질환 또는 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 여성질환, 성인질환 또는 질병에 의한 입원이라도 여성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 또는 입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 여성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 및 입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

⑥ 여성질환수술급부금, 성인질환수술급부금 및 수술급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 수술급부금의 경우 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.
2. 여성질환수술급부금, 성인질환수술급부금 또는 수술급부금 지급사유가 서로 중복될 경우에는 해당 여성질환수술급부금, 성인질환수술급부금과 수술급부금을 중복하여 지급합니다.

⑦ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.
⑧ 여성질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제15조【여성3대암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "여성3대암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(여성3대암분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 여성3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 여성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조【여성질환의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "여성질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(여성질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 여성질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제17조【성인질환의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "성인질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(성인질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성인질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제18조【입원, 여성질환수술, 성인질환수술, 수술 및 통원의 정의와 장소】
① 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 여

성질환, 성인질환 또는 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 "여성질환수술" 또는 "성인질환수술"이라 함은 의사에 의하여 여성질환 또는 성인질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 "통원"이라 함은 의사에 의하여 여성질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제19조【골절의 정의】
이 계약에서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표8(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제20조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 여성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 또는 입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제21조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제22조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제23조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제24조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제25조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제26조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제27조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제28조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제10호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호 내지 제9호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제29조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제30조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제31조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 여성3대암진단서, 여성질환진단서, 성인질환진단서, 입원확인서, 수술증명서, 통원증명서, 골절진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제33조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수

한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표10(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제34조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제35조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제36조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제37조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제39조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제40조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제41조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지 급 구 분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
여성3대암 치료보험금	최초의 여성3대암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
여성질환 입원급부금	여성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)	
성인질환 입원급부금	성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	4만원 (120일 한도)	
입원급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)	
여성질환 수술급부금	여성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 여성질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원	
성인질환 수술급부금	성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 성인질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원	
수술급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을때 (수술1회당)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 500만원	
여성질환 통원급부금	여성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원	
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만원	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

주) 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 입원 또는 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원 또는 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종

구분	수술명	종류
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종

구분	수술명	종류
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5종 3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潽助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 악물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술

3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표5]

여 성 3 대 암 분 류 표

약관에 규정하는 여성3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 외음의 악성신생물	C51
3. 질의 악성신생물	C52
4. 자궁목의 악성신생물	C53
5. 자궁체의 악성신생물	C54
6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
7. 난소의 악성신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
9. 태반의 악성신생물	C58

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

여 성 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 여성질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
양성 신생물	양성 신생물	D10~D36
유방의 장애	유방의 장애	N60~N64
여성 골반내 장기의 염증성 질환	여성 골반내 장기의 염증성 질환	N70~N77
여성생식기의 비염증성 장애	자궁내막증	N80
	여성 생식기 탈출	N81
	여성 생식기를 포함한 샛길(누공)	N82
	난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
	여성 생식기의 폴립	N84
	경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁목의 미란 및 외반증	N86
	자궁목의 형성이상	N87
	자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
비뇨생식기계통의 기타장애	비뇨생식기계통의 기타장애	N99
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	성인성 골연화증	M83
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

성 인 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성인질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성궤양	K27
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
콩팥기능상실(신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아의 파절 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 여자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	327,600	104,600	456,000	145,700
3년	982,800	510,000	1,368,000	846,300
5년	1,638,000	918,200	2,280,000	1,569,800
10년	3,276,000	1,868,900	4,560,000	3,307,400
15년	4,914,000	2,918,800	6,840,000	5,311,000
20년	6,552,000	4,114,100	9,120,000	7,668,400
40년	6,552,000	0	9,120,000	9,120,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표10]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
여성3대암치료보험금 여성질환입원급부금 성인질환입원급부금 입원급부금 여성질환수술급부금 성인질환수술급부금 수술급부금 여성질환통원급부금 골절치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 보험대상자(피보험자) 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 남성건강보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험금을 받는 자(보험수익자)
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표9 “해약환급금 예시표” 참조)

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】

① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제26조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제23조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제22조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제26조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제27조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 남성3대암치료보험금 : 최초의 남성3대암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
2. 남성질환입원급부금 : 남성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
3. 성인질환입원급부금 : 성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
4. 입원급부금 : 별표3(질병분류표)에서 정한 질병(이하 "질병"이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

5. 남성질환수술급부금 : 남성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 남성질환수술을 받았을 때
6. 성인질환수술급부금 : 성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 성인질환수술을 받았을 때
7. 수술급부금 : 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
8. 남성질환통원급부금 : 남성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
9. 골절치료자금 : 별표2(재해분류표)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 골절상태가 되었을 때
10. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)

② 보험료납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 남성3대암으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 사망한 경우에는 보험기간 만료시까지 또는 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제10호에서 정한 만기급부금 또는 제3항에서 정한 보험료를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 남성3대암치료보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 남성3대암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 남성3대암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 남성3대암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.
⑤ 남성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 및 입원급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 남성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 및 입원급부금의 경우 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
2. 동일 남성질환, 성인질환 또는 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 남성질환, 성인질환 또는 질병에 의한 입원이라도 남성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 또는 입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3. 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 남성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 및 입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

⑥ 남성질환수술급부금, 성인질환수술급부금 및 수술급부금의 경우에는 다음과 같이 합니다.
1. 수술급부금의 경우 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.
2. 남성질환수술급부금, 성인질환수술급부금 또는 수술급부금 지급사유가 서로 중복될 경우에는 해당 남성질환수술급부금, 성인질환수술급부금과 수술급부금을 중복하여 지급합니다.

⑦ 골절치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 아니합니다.
⑧ 남성질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제15조【남성3대암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "남성3대암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(남성3대암분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 남성3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 남성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제16조【남성질환의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "남성질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(남성질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 남성질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제17조【성인질환의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "성인질환"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(성인질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성인질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제18조【입원, 남성질환수술, 성인질환수술, 수술 및 통원의 정의와 장소】

① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 남성질환, 성인질환 또는 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 계약에 있어서 “남성질환수술” 또는 “성인질환수술”이라 함은 의사에 의하여 남성질환 또는 성인질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 남성질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제19조【골절의 정의】
이 계약에서 “골절”이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표8(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제20조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 남성질환입원급부금, 성인질환입원급부금 또는 입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제21조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제22조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제23조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제24조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제25조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)

제26조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제27조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제28조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제10호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제1호 내지 제9호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제29조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제30조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제31조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 남성3대암진단서, 남성질환진단서, 성인질환진단서, 입원확인서, 수술증명서, 통원증명서, 골절진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제33조【보험금 등의 지급】

① 체신관서는 제32조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제25조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표10(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제34조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제35조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제36조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제37조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제39조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제40조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제41조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지 급 구 분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
남성3대암 치료보험금	최초의 남성3대암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
남성질환 입원급부금	남성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)	
성인질환 입원급부금	성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	4만원 (120일 한도)	
입원급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	2만원 (120일 한도)	
남성질환 수술급부금	남성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 남성질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만원	
성인질환 수술급부금	성인질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 성인질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원	
수술급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을때 (수술1회당)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 500만원	
남성질환 통원급부금	남성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원	
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만원	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

주) 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 입원 또는 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원 또는 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원 또는 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종

구분	수술명	종류
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종

구분	수술명	종류
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5종 3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潽助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표5]

남 성 3 대 암 분 류 표

약관에 규정하는 남성3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 위의 악성신생물	C16
2. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	C22
3. 쓸개(담낭)의 악성신생물	C23
4. 기타 및 상세불명 담도부위의 악성신생물	C24
5. 기관의 악성신생물	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

남 성 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 남성질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 사구체질환	N00~N08
2. 세뇨관-사이질성 질환	N10~N16
3. 요로결석증	N20~N23
4. 콩팥(신장) 및 요관의 기타장애	N25~N29
5. 비뇨기계통의 기타질환	N30~N37, N39
6. 남성생식기관의 질환	N40~N51

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표7]

성 인 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성인질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성궤양	K27
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
콩팥기능상실(신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표8]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아의 파절 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

해약환급금 예시표

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	436,800	241,300	558,000	274,400
3년	1,310,400	936,900	1,674,000	1,250,400
5년	2,184,000	1,654,400	2,790,000	2,267,300
10년	4,368,000	3,440,000	5,580,000	4,795,100
15년	6,552,000	5,310,900	8,370,000	7,566,400
20년	8,736,000	7,177,700	11,160,000	10,535,400
40년	8,736,000	0	11,160,000	11,160,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표10]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
남성3대암치료보험금 남성질환입원급부금 성인질환입원급부금 입원급부금 남성질환수술급부금 성인질환수술급부금 수술급부금 남성질환통원급부금 골절치료자금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 보험대상자(피보험자) 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 누구나OK보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험가입금액의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표3 “해약환급금 예시표” 참조)

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)

② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제21조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제20조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제9조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제18조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 3개월 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산된 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제8조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제20조【가입자의 계약전 알릴의무】 및 제21조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제22조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 별표2(재해분류표)에서 정한 재해(이하 “재해” 라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.

③ 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제16조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제17조【해약환급금】

이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제18조【환급금대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제19조【배당금 지급】

체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제20조【가입자의 계약전 알릴의무】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제21조【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제20조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.

⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제22조【계약취소권의 행사제한】

체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제23조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】

계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제24조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제25조【계약자의 주소변경 통지】

① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제26조【보험금 지급사유 발생의 통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제27조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제28조【보험금 등의 지급】

① 체신관서는 제27조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.

③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제20조【가입자의 계약전 알릴의무】 및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

제29조【계약내용의 교환】

체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】 및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.

1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제30조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제31조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제332【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제33조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제34조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제35조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제36조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
사망보험금	보험계약일부터 2년이 경과된 계약해당일 전일 이전에 재해이외의 원인으로 사망하였을 때	이미 납입한 보험료
	재해를 직접적인 원인으로 사망 또는 보험계약일부터 2년이 경과된 계약해당일 이후에 재해이외의 원인으로 사망하였을 때	1,000만원

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

해약환급금 예시표

□ 1형(정기형)

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 60세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	420,000	269,000	153,600	41,400
3년	1,260,000	703,100	460,800	224,600
5년	2,100,000	730,500	768,000	268,900
10년	4,200,000	0	1,536,000	0

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

□ 2형(종신형)

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 60세, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	916,800	726,300	669,600	515,400
3년	2,750,400	2,178,900	2,008,800	1,719,800
5년	4,584,000	3,449,100	3,348,000	2,913,000
10년	9,168,000	7,261,500	6,696,000	6,246,400
20년	9,168,000	8,203,500	6,696,000	7,654,300
30년	9,168,000	9,096,200	6,696,000	8,786,400

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표4]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
사망보험금	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
해약환급금	해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.

우체국 직장인보장보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우. 단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 보험대상자(피보험자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험기간의 단축
2. 보험가입금액의 감액
3. 보험료 수금방법
4. 보험금을 받는 자(보험수익자)
5. 계약의 승계
6. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우는 변경승인 시점에서 보험기간이 끝나는 날까지 1년 이상 남은 계약이어야 합니다.
③ 제1항 제2호의 경우 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【보험대상자(피보험자)의 변경】
① 계약자가 보험료를 전액 부담하는 계약에서 다음의 사유로 인하여 보험대상자(피보험자)가 사망 또는 단체에서 탈퇴하는 경우 새로운 보험대상자(피보험자)의 동의 및 체신관서의 승낙을 얻은 후 계약자는 보험대상자(피보험자)를 변경할 수 있습니다. 이 경우 계약의 성립은 제1조【보험계약의 성립】을 준용합니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 별표2(재해분류표)에서 정한 재해(이하 “재해”라 합니다)이외의 원인으로 사망한 경우
2. 보험대상자(피보험자)가 퇴직 등의 사유로 해당 단체에서 탈퇴한 경우
② 제1항에도 불구하고 같은 성(性)간의 보험대상자(피보험자) 변경만 가능합니다.
③ 체신관서는 변경 후 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우 보험대상자(피보험자)의 변경에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.
④ 제1항의 경우 변경 전 보험대상자(피보험자)는 보험대상자(피보험자)변경신청서(체신관서양식)를 접수한 때부터 보험대상자(피보험자)의 자격을 상실하며, 체신관서는 서류를 접수한 때부터 변경 후 보험대상자(피보험자)에 대하여 보장을 합니다.

⑤ 제4항의 경우 변경 후 보험대상자(피보험자)에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 합니다.
⑥ 제1항 제1호의 사유로 보험대상자(피보험자)를 변경하는 경우에는 변경 전 보험대상자(피보험자)의 사망당시의 책임준비금을 지급하지 아니합니다.
⑦ 보험대상자(피보험자)변경의 신청 및 승낙에 있어서는 제1조【보험계약의 성립】제2항 내지 제5항 , 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】제2항 내지 제5항, 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】, 제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】 및 제24조【계약취소권의 행사제한】을 준용합니다.

제7조【계별계약으로의 전환】
① 보험대상자(피보험자)가 퇴직 등의 사유로 인하여 보험대상단체(피보험단체)에서 탈퇴하는 경우 탈퇴일부터 1개월 이내에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 체신관서의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있습니다.
② 제1항의 경우 보험대상자(피보험자)는 개별계약의 계약자가 되며, 보험료 납입 중인 때에는 동일한 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 단체에서 보험료의 일부를 부담한 경우에는 단체에서 부담한 보험료 부분까지도 납입하여야 합니다.

제8조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조). 그러나 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니다.

제9조【계약의 소멸】
① 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호에서 정한 재해사망보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
② 이 계약에서 보험대상자(피보험자)가 재해이외의 원인으로 사망한 경우에는 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 제6조【보험대상자(피보험자)의 변경】에 따라 보험대상자(피보험자)를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제11조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제12조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제20조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.
② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.
③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는

제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자[타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자)를 포함하며, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자) 포함]에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제14조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 예정이율+1%로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제10조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제24조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해사망보험금 : 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
3. 재해장해급부금 : 재해로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료 납입기간 중 보험대상자(피보험자)가 장해분류표 중 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 제6조【보험대상자(피보험자)의 변경】에 따라 보험대상자(피보험자)를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
④ 제2항에 의하여 보험료 납입이 면제된 이후 보험기간이 만료된 경우 또는 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 보험기간 만료시까지 또는 재해 이외의 원인으로 사망시까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제1항 제1호에서 정한 만기급부금 또는 제3항에서 정한 책임준비금을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 지급합니다.

제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 재해장해급부금에서 이미 지급한 재해장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만,

장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 재해장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 재해장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 재해장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 재해장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료 납입을 면제하지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제20조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.[다만, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니다] 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제13조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제21조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제22조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제23조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.

⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제24조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제15조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제3호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드리거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제22조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기급부금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용

에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제33조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제34조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제36조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제37조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제38조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료
재해사망보험금	재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원
재해장해급부금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률

주) 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급하며, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다. 다만, 제6조【보험대상자(피보험자)의 변경】에 따라 보험대상자(피보험자)를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "악간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "악간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 악간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의 사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/40이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표4]

해약환급금 예시표

□ 순수보장형

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	24,000	0	13,200	0
3년	72,000	0	39,600	0
5년	120,000	0	66,000	0
10년	240,000	0	132,000	0

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

□ 만기환급형

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	168,000	97,300	88,800	31,300
3년	504,000	414,100	266,400	208,600
5년	840,000	755,500	444,000	398,900
10년	1,680,000	1,680,000	888,000	888,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산함

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
재해사망보험금 재해장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기급부금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	예정이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		예정이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 예정이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 환급금대출이율과 예정이율을 말합니다.
4. 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 자유저축보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【계약의 체결 및 보험료】
① 계약자는 다음에 정하는 보장계약과 적립계약을 동시에 체결하여야 합니다.(이하 "보장계약" 과 "적립계약"을 합하여 "계약"이라 합니다)
1. 보장계약 : 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제2호에서 정한 사망보험금을 지급받기 위한 계약
2. 적립계약 : 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에서 정한 만기보험금을 지급받기 위한 계약
② 계약자는 제1항에서 정하는 "보장계약보험료"와 "적립계약보험료"를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "보장계약보험료" 와 "적립계약보험료"를 합하여 "기본보험료"라 합니다)
③ 계약자는 제2항에서 정하는 기본보험료의 납입방법과 달리 월납의 경우 보험료납입기간 중 해당 월의 기본보험료가 납입된 경우에 한하여 추가납입보험료의 납입이 가능하며, 추가납입보험료는 적립계약보험료에 더하여 적립됩니다. 단, 연간 총 추가납입보험료의 합계는 연간 총 기본보험료의 200%를 초과할 수 없습니다.
④ 제2항에서 정하는 기본보험료와 제3항에서 정하는 추가납입보험료를 합하여 "보험료"라 합니다.

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료(적립금액의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(적립금액의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 기본보험료의 감액
2. 보험료 수금방법
3. 보험금수익자
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 기본보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금수익자를 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제17조【해약환급금】에

의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표3 "해약환급금 예시표" 참조)

제8조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제22조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】
① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 추가납입보험료는 월납의 경우 해당 월의 기본보험료가 납입된 경우에 한하여 추가납입보험료의 납입이 가능합니다.
② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.
③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】
① 제2회 이후의 기본보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 기본보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 기본보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
② 기본보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자)포함)에게 연체된 기본보험료를 납입하여야 한다는 내용과 기본보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제17조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】
① 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 기본보험료에 이 계약의 적립이율+1%로 계산된 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.
② 제1항에서 적립이율이라 함은 "환급금대출이율-1%"(3%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)를 말합니다.
③ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】 및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 계약전 알릴의무는 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】 및 제22조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제23조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제13조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.

제14조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료(적립금액의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액)를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제16조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제17조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제18조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제19조【적립금액의 인출】
① 계약자는 보험계약일 1개월 경과 후부터 만기일 이전까지 해약환급금(단, 환급금대출원리금을 제외한 금액)의 60% 범위내에서 체신관서가 정한 방법에 따라 적립금액의 일부를 인출할 수 있습니다.
② 중도인출은 추가납입보험료에 의한 적립금액에서 우선적으로 가능하며, 추가납입보험료에 의한 적립금액이 부족한 경우에 한하여 기본보험료 적립금액에서 인출 가능합니다.

제20조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제21조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제22조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료(적립금액의 인출이 있었던 때에는 이를 차감한 금액) 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제23조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제24조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
① 이 계약의 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호에 정한 만기보험금의 보험금을 받는 자(보험수익자)를 만기수익자로 하며, 동조 동항 제2호에 정한 사망보험금의 보험금을 받는 자(보험수익자)를 보험금수익자로 합니다.(이하 "만기수익자"와 "보험금수익자"를 합하여 "보험금을 받는 자(보험수익자)"라 합니다)
② 계약자가 제1항의 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제13조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제25조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제26조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제27조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제28조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제29조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제28조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제21조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의

보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제30조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제31조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제32조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제33조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제34조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제35조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제36조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제37조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
사망보험금	재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원 + 적립금액

주) 1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급합니다. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
2. "적립금액" : 적립계약 순보험료를 적립이율로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라집니다. 단, 적립금액의 중도인출이 있을 경우에는 중도인출금액을 차감하고 계산합니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

해약환급금 예시표

□ 일시납

(기준 : 기본보험료 1,000만원, 5년만기 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	10,243,200
2년	10,000,000	10,816,810
3년	10,000,000	11,422,560
4년	10,000,000	12,062,220
5년	10,000,000	12,737,700

주) 1. 위 해약환급금은 5.6%(환급금대출이율 6.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시 또는 추가납입 여부에 따라 위 금액도 달라지게 됩니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 3%를 최저보증합니다.

□ 월 납

(기준 : 기본보험료 10만원, 5년만기 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	1,156,260
2년	2,400,000	2,439,950
3년	3,600,000	3,794,870
4년	4,800,000	5,224,990
5년	6,000,000	6,734,520

주) 1. 위 해약환급금은 5.6%(환급금대출이율 6.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시, 기본보험료를 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 또는 중도인출 및 추가납입 여부에 따라 위 금액도 달라지게 됩니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 3%를 최저보증합니다.
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

[별표4]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.
4. 보험대상자(피보험자)가 재해 이외의 원인으로 사망시 지급금액은 지급기일의 다음날부터 보험금 지급일 까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 가산하여 드립니다.

우체국 직장인저축보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【계약의 체결】
계약자는 다음에 정하는 보장계약과 적립계약을 동시에 체결하여야 합니다.(이하 "보장계약"과 "적립계약"을 합하여 "계약"이라 합니다)
1. 보장계약 : 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호 및 제3호에서 정한 사망보험금 및 재해장해급부금을 지급받기 위한 계약
2. 적립계약 : 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호에서 정한 만기보험금을 지급받기 위한 계약

제4조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 "청약서"라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제5조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우. 단, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 보험대상자(피보험자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제6조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 보험금을 받는 자(보험수익자)
2. 계약의 승계
3. 기타 계약사항
② 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제7조【계별계약으로의 전환】
① 보험대상자(피보험자)가 퇴직 등의 사유로 인하여 보험대상단체(피보험단체)에서 탈퇴하는 경우 탈퇴일부터 1개월 이내에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 체신관서의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있습니다.
② 제1항의 경우 보험대상자(피보험자)는 개별계약의 계약자가 됩니다.

제8조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.(별표4 "해약환급금 예시표" 참조). 그러나 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야합니다.

제9조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제3조【계약의 체결】 제1호의 보장계약을 위한 보장계약 보험료와 동조 제2호의 적립계약을 위한 적립계약 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 보장계약 보험료와 적립계약 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "보장계약 보험료"와 "적립계약 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제11조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제20조【계약전 알릴의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제19조【가입자의 계약전 알릴의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우

④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 사망보험금 : 사망하였을 때
3. 재해장해급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하"재해"라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때

제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 계약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 계약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑦ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 재해장해급부금에서 이미 지급한 재해장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑪ 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 재해장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 재해장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 재해장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 재해장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제16조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제17조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다.[다만, 보험대상자(피보험자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아야 합니다] 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

제18조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 계약자에게 이익배당금을 드립니다.

제4장 보험계약시 가입자의 계약전 알릴의무 등

제19조【가입자의 계약전 알릴의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)

제20조【계약전 알릴의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 제19조【가입자의 계약전 알릴의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
③ 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
④ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
⑤ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 계

약전 알릴의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑥ 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제21조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제22조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제12조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제3호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제23조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제24조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제25조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제26조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제27조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제26조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제19조【가입자의 계약전 알릴의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다

제28조【계약내용의 교환】

체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제29조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제30조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제31조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제32조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제33조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제34조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제35조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
사망보험금	사망하였을 때	일시납보험료의 10% + 적립금액
재해장해급부금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	일시납보험료의 10% × 해당 장해지급률

주) 적립금액 : 적립계약의 순보험료를 "환급금대출이율-1%"(3%를 최저보증하며, 이하 "적립이율"이라 합니다)로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라집니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

[별표4]

해약환급금 예시표

(기준 : 일시납보험료 1,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	10,429,600
2년	10,000,000	10,989,000
3년	10,000,000	11,579,600
4년	10,000,000	12,203,300
5년	10,000,000	12,862,000

주) 1. 위 해약환급금은 5.6%(환급금대출이율 6.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라지게 됩니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 3%를 최저보증합니다.

[별표5]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금 재해장해급부금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.

무배당 우체국 주가지수저축보험(예치형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약자가 미성년자로서 청약서상에 친권자 또는 후견인의 동의를 얻지 아니한 경우
4. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제19조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 주가지수연동기간 중에는 납입보험료를 감액할 수 없습니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제19조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 제2

호의 사망보험금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "적립부분 보험료"와 "보장부분 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제23조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제22조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 사망보험금 : 사망하였을 때

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

제12조【용어의 정의】
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. "주가지수연동기간"이란 체신관서가 제3호에서 정한 주가지수와 연계된 파생금융상품을 매입하고 이에 대한 수익을 평가하여 계약자적립금에 반영하는 기간으로, 보험계약일이 속한 달의 다음 달 계약해당일부터 5년으로 합니다.
2. "주가지수평가기간"이란 보험계약일이 속한 달의 다음 달 1일(이하 "주가지수평가기간 시작일"이라 합니다)부터 매1년으로 합니다.
3. "연계주가지수"란 주가지수연동기간 중 평가대상이 되는 주가지수로 KOSPI200으로 합니다.
4. "주가지수연동이율"이란 매 주가지수평가기간 중 다음에 정하는 방법에 따라 계산된 연계주가지수의 월별 주가지수 증감분을 합산한 이율을 말하며, 월별 주가지수 증감분의 합은 0%를 최저한도로 합니다.

주가지수연동이율(%) = 월별 주가지수 증감분(%)의 합 × 참여율(%)

5. "월별 주가지수 증감분"이란 매월 직전월 말일의 연계주가지수의 종가(기준지수)와 매월 말일의 연계주가지수의 종가(만기지수)를 기준으로 다음에 정하는 방법에 따라 계산하며, 월별 주가지수 증감분은 최고수익률(Cap) 및 최저수익률(floor)을 한도로 합니다.

월별 주가지수 증감분(%) = Max [Min { ((만기지수-기준지수)/기준지수)×100(%) , 최고수익률(cap) } , 최저수익률(floor)]

가. "만기지수"란 매월 말일의 연계주가지수 종가를 말합니다.
나. "기준지수"란 직전월 말일의 연계주가지수 종가를 말합니다.
다. "최고수익률(cap)"이란 월별 주가지수 증감분 계산시 반영하는 수익률의 최고한도를 말하며, 체신관서는 최초 주가지수평가기간을 제외하고 매 주가지수평가기간 시작일 10일전에 최고수익률(cap)을 공지합니다.
라. "최저수익률(floor)"이란 월별 주가지수 증감분 계산시 반영하는 수익률의 최저한도를 말하며, 체신관서는 최초 주가지수평가기간을 제외하고 매 주가지수평가기간 시작일 10일전에 최저수익률(floor)을 공지합니다.
6. "참여율"이란 주가지수평가기간 중에 월별 주가지수 증감분의 합 중 실제 주가지수연동이율로 지급하는 비율을 말하며, 체신관서는 최초 주가지수평가기간을 제외하고 매 주가지수평가기간 시작일 10일전에 참여율을 공지합니다.
7. "주가지수연동이자"란 주가지수연동이율을 일시납보험료에 곱하여 산출한 금액을 말합니다.
8. "주가지수연동이자 지급일"이란 매 주가지수평가기간 종료일의 다음 달 계약해당일을 말합니다.

제13조【주가지수연동이율의 적용】

① 계약자는 주가지수연동기간 중이라도 최초 주가지수평가기간 시작일 1년 이후부터는 매년 주가지수연동이율의 적용여부를 선택할 수 있으며, 주가지수연동이율 적용을 선택하지 아니한 기간에 대하여는 주가지수연동이자를 지급하지 아니합니다.
② 계약자가 주가지수연동이율 적용을 선택하지 아니한 경우, 해당 주가지수평가기간 시작일이 속한 달의 계약해당일부터 해당 주가지수평가기간 종료일이 속한 달의 다음 달 계약해당일 전일까지는 공시이율을 적용하여 계약자적립금을 계산합니다.
③ 계약자는 제1항에 의하여 주가지수연동이율의 적용을 받지 아니하고자 하는 경우에는 도래하는 주가지수평가기간 시작일의 5일 전까지 체신관서에 그 뜻을 통지하여야 하며, 주가지수평가기간 시작일의 5일 전까지 주가지수연동이율의 적용을 받지 아니한다는 의사표시가 없는 경우에는 주가지수연동이율을 적용합니다.
④ 전 항의 규정에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 경우 계약자는 주가지수연동이율 적용을 선택할 수 없습니다. 이 경우 체신관서는 계약자에게 해당 내용을 서면으로 통지하고, 해당 기간에 대하여는 이 보험의 공시이율을 적용합니다.
1. 매입하고자 하는 파생금융상품이 시장에서 거래되지 아니하거나 구입자금 규모가 작아 해당 상품을 매입할 수 없는 경우
2. 매입하고자 하는 파생금융상품의 가격이 현저히 상승하여 계약자에게 적정 수익을 제시할 수 없다고 체신관서가 판단하는 경우

제14조【주가지수연동이자의 지급】
① 체신관서는 주가지수연동기간 중에는 주가지수연동이자를 매 주가지수연동이자 지급일에 유효한 계약에 대하여 주가지수연동이자 지급일에 지급하며, 지급된 주가지수연동이자는 공시이율로 적립합니다.
② 주가지수연동이율을 적용받는 기간 중에 이 계약이 해지되거나 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호의 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는, 해지된 날 또는 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호의 사망보험금 지급사유가 발생한 날 이후 도래하는 주가지수연동이자 지급일의 주가지수연동이자는 지급하지 아니하며, 주가지수연동이자를 지급하지 아니한 기간 중 해지된 날 또는 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호의 사망보험금 지급사유가 발생한 날까지의 계약자적립금은 제15조【적립이율】에 따라 확정이율 1.5%로 적립합니다.

제15조【적립이율】
이 보험의 계약자적립금 계산시 적용되는 적립이율은 다음과 같이 적용합니다.
1. 주가지수연동기간 중에는 1.5%를 확정 적용합니다. 단, 주가지수연동기간 중이라도 계약자가 주가지수연동이율 적용을 선택하지 아니한 기간에 대하여는 이 보험의 공시이율을 적용합니다.
2. 주가지수연동기간 이외의 기간 중에는 이 보험의 공시이율을 적용합니다.

제16조【공시이율】
① 이 보험의 계약자적립금 계산시 적용되는 공시이율은 이 보험의 "환급금대출이율-1%"로 하며, 경과기간에 따라 다음과 같이 적용합니다.
1. 보험계약일부터 주가지수연동기간 이내의 경우, 계약 건별로 보험계약일부터 최초 주가지수평가기간 종료일의 다음 달 계약해당일 전일까지는 보험계약일의 공시이율을 확정 적용하고, 최초 주가지수평가기간 종료일의 다음 달 계약해당일부터 매 1년간 확정 적용합니다.
2. 주가지수연동기간 이후에는 그 기간의 공시이율로 합니다.
② 공시이율은 연복리 2.5%를 최저한도로 합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제18조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제19조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하며, 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조【환급금대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

제21조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제22조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제23조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치는 고지의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생 여부에 관계없이 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
③ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑤ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제24조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제25조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 제2호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제26조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제27조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제28조【보험금 지급사유 발생의 통지】

계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제30조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제29조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제22조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제31조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제32조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제33조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제34조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제35조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제36조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제37조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제38조【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
사망보험금	사망하였을 때	일시납보험료의 10% + 적립금액

주) "적립금액"이란 적립부분 순보험료(영업보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 기준으로 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산하여 적립한 금액으로 주가지수연동이자를 포함하고 있습니다.

[별표2]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	공시이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		공시이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	공시이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 공시이율은 이 계약의 공시이율을 말합니다.

무배당 우체국 주가지수저축보험(적립형) 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약자가 미성년자로서 청약서상에 친권자 또는 후견인의 동의를 얻지 아니한 경우
4. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험료 수금방법
3. 보험금을 받는 자(보험수익자)
4. 계약의 승계
5. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 다만, 주가지수연동기간 중에는 납입보험료를 감액할 수 없습니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제23조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】

이 계약의 보험료는 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 제2호의 사망보험금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 "적립부분 보험료"와 "보장부분 보험료"를 합하여 "보험료"라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】

① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)

② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제26조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우

④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제10조【제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약자는 보험료납입기간 중 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.

② 보험료를 납입하였을 때에는 체신관서는 영수증을 발행하여 드립니다.

③ 제2항의 경우 금융기관(우체국 또는 은행)을 통하여 자동이체 납입한 때에는 해당기관에서 발행한 증빙서류(자동이체기록 등)로 영수증을 대신할 수 있습니다.

제11조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 서면으로 신청할 수 있으며, 이 경우 제24조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 합산한 금액이 해약환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제23조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】

① 제2회 이후의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)은 납입기일로부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 말일(유예기간이 끝나는 날이 공휴일인 경우에는 그 다음날)까지로 하며 보험료 납입이 연체중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 최고(독촉)하고 유예기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 보험료 납입이 연체중인 경우에 체신관서는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 보험금을 받는 자(보험수익자) 포함)에게 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 보험료를 납입하지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음날부터 계약이 해지됨을 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제23조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지일로부터 2년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 체신관서가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료에 이 계약의 공시이율로 계산한 금액을 가산하여 납입하여야 합니다. 다만, 해당계약의 보험기간이 경과된 후의 부활(효력회복)은 불가능합니다.

② 주가지수연동이율을 적용받는 기간 중에 계약이 해지되어 제1항에 의하여 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 해지된 날로부터 부활(효력회복)일 전일까지 도래한 주가지수연동이자 지급일 및 부활(효력회복)일 이후 최초 도래하는 주가지수연동이자 지급일에 해당하는 주가지수연동이자는 지급하지 아니하며, 해지된 날로부터 부활(효력회복)일 이후 최초 도래하는 주가지수연동이자 지급일 전일까지의 계약자적립금을 이 계약과 동년 동월 동일에 가입한 계약에 적용하는 공시이율로 적립합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주가지수연동이율을 적용받는 기간 중에 계약이 해지되어 계약이 해지된 날 이후 최초 도래하는 주가지수연동이자 지급일 이전에 부활(효력회복)하는 경우, 최초 도래하는 주가지수연동이자 지급일의 주가지수연동이자는 지급하여 드리며 주가지수연동이자를 지급한 기간의 계약자적립금은 제19조【적립이율】에 따라 확정이율 1.0%로 적립합니다.

④ 부활(효력회복)을 청약하는 계약의 승낙 및 보장개시는 제1조【보험계약의 성립】및 제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】의 규정을 준용하고 고지의무는 제26조【가입자의 고지의무】및 제27조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제28조【계약취소권의 행사제한】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】

체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)

1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 사망보험금 : 사망하였을 때

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】

보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

제16조【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1. "주가지수연동기간"이란 체신관서가 제3호에서 정한 주가지수와 연계된 파생금융상품을 매입하고 이에 대한 수익을 평가하여 계약자적립금에 반영하는 기간으로, 보험계약일이 속한 달의 다음 달 계약해당일부터 5년으로 합니다.
2. "주가지수평가기간"이란 보험계약일이 속한 달의 다음 달 1일(이하 "주가지수평가기간 시작일"이라 합니다)부터 매1년으로 합니다.
3. "연계주가지수"란 주가지수연동기간 중 평가대상이 되는 주가지수로 KOSPI200으로 합니다.
4. "주가지수연동이율"이란 매 주가지수평가기간 중 다음에 정하는 방법에 따라 계산된 연계주가지수의 월별 주가지수 증감분을 합산한 이율을 말하며, 월별 주가지수 증감분의 합은 0%를 최저한도로 합니다.

주가지수연동이율(%) = 월별 주가지수 증감분(%)의 합 × 참여율(%)

5. "월별 주가지수 증감분"이란 매월 직전월 말일의 연계주가지수의 종가(기준지수)와 매월 말일의 연계주가지수의 종가(만기지수)를 기준으로 다음에 정하는 방법에 따라 계산하며, 월별 주가지수 증감분은 최고수익률(Cap) 및 최저수익률(floor)을 한도로 합니다.

월별 주가지수 증감분(%) = Max [Min { ((만기지수-기준지수)/기준지수)×100(%) , 최고수익률(cap) } , 최저수익률(floor)]

   가. "만기지수"란 매월 말일의 연계주가지수 종가를 말합니다.
   나. "기준지수"란 직전월 말일의 연계주가지수 종가를 말합니다.
   다. "최고수익률(cap)"이란 월별 주가지수 증감분 계산시 반영하는 수익률의 최고한도를 말하며, 체신관서는 최초 주가지수평가기간을 제외하고 매 주가지수평가기간 시작일 10일전에 최고수익률(cap)을 공지합니다.
   라. "최저수익률(floor)"이란 월별 주가지수 증감분 계산시 반영하는 수익률의 최저한도를 말하며, 체신관서는 최초 주가지수평가기간을 제외하고 매 주가지수평가기간 시작일 10일전에 최저수익률(floor)을 공지합니다.
6. "참여율"이란 주가지수평가기간 중에 월별 주가지수 증감분의 합 중 실제 주가지수연동이율로 지급하는 비율을 말하며, 체신관서는 최초 주가지수평가기간을 제외하고 매 주가지수평가기간 시작일 10일전에 참여율을 공지합니다.
7. "주가지수연동이자"란 주가지수연동이율을 "월납 보험료×(보험료 납입횟수-1)"에 곱하여 산출한 금액을 말합니다.
   가. "보험료 납입횟수"는 계약체결시부터 매 주가지수평가기간 종료일까지 납입한 횟수를 기준으로 하며, 납입해당일이 도래하지 아니한 보험료는 납입횟수에 포함하지 아니합니다.
   나. "보험료 납입횟수"는 60회를 최고 한도로 합니다.
8. "주가지수연동이자 지급일"이란 매 주가지수평가기간 종료일의 다음 달 계약해당일을 말합니다.

제17조【주가지수연동이율의 적용】

① 계약자는 주가지수연동기간 중이라도 최초 주가지수평가기간 시작일 1년 이후부터는 매년 주가지수연동이율의 적용여부를 선택할 수 있으며, 주가지수연동이율 적용을 선택하지 아니한 기간에 대하여는 주가지수연동이자를 지급하지 아니합니다.

② 계약자가 주가지수연동이율 적용을 선택하지 아니한 경우, 해당 주가지수평가기간 시작일이 속한 달의 계약해당일부터 해당 주가지수평가기간 종료일이 속한 달의 다음 달 계약해당일 전일까지는 공시이율을 적용하여 계약자적립금을 계산합니다.

③ 계약자는 제1항에 의하여 주가지수연동이율의 적용을 받지 아니하고자 하는 경우에는 도래하는 주가지수평가기간 시작일의 5일 전까지 체신관서에 그 뜻을 통지하여야 하며, 주가지수평가기간 시작일의 5일 전까지 주가지수연동이율의 적용을 받지 아니한다는 의사표시가 없는 경우에는 주가지수연동이율을 적용합니다. 단, 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의해 계약이 해지되었으나 제13조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】제1항에 의해 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일 전일까지 도래한 매 주가지수평가기간에 해당하는 주가지수연동이율의 적용은 선택하지 아니한 것으로 봅니다.

④ 전 항의 규정에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 경우 계약자는 주가지수연동이율 적용을 선택할 수 없습니다. 이 경우 체신관서는 계약자에게 해당 내용을 서면으로 통지하고, 해당 기간에 대하여는 이 보험의 공시이율을 적용합니다.

1. 매입하고자 하는 파생금융상품이 시장에서 거래되지 아니하거나 구입자금 규모가 작아 해당 상품을 매입할 수 없는 경우
2. 매입하고자 하는 파생금융상품의 가격이 현저히 상승하여 계약자에게 적정 수익을 제시할 수 없다고 체신관서가 판단하는 경우

제18조【주가지수연동이자의 지급】
① 체신관서는 주가지수연동기간 중에는 주가지수연동이자를 매 주가지수연동이자 지급일에 유효한 계약에 대하여 주가지수연동이자 지급일에 지급하며, 지급된 주가지수연동이자는 공시이율로 적립합니다.
② 주가지수연동이율을 적용받는 기간 중에 이 계약이 해지되거나 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호의 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는, 해지된 날 또는 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호의 사망보험금 지급사유가 발생한 날 이후 도래하는 주가지수연동이자 지급일의 주가지수연동이자는 지급하지 아니하며, 주가지수연동이자를 지급하지 아니한 기간 중 해지된 날 또는 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제2호의 사망보험금 지급사유가 발생한 날까지의 계약자적립금은 제19조【적립이율】에 따라 확정이율 1.0%로 적립합니다.

제19조【적립이율】
이 보험의 계약자적립금 계산시 적용되는 적립이율은 다음과 같이 적용합니다.
1. 주가지수연동기간 중에는 1.0%를 확정 적용합니다. 단, 주가지수연동기간 중이라도 계약자가 주가지수연동이율 적용을 선택하지 아니한 기간에 대하여는 이 보험의 공시이율을 적용합니다.
2. 주가지수연동기간 이외의 기간 중에는 이 보험의 공시이율을 적용합니다.

제20조【공시이율】
① 이 보험의 계약자적립금 계산시 적용되는 공시이율은 이 보험의 "환급금대출이율-1%"로 하며, 경과기간에 따라 다음과 같이 적용합니다.
1. 보험계약일부터 주가지수연동기간 이내의 경우, 계약 건별로 보험계약일부터 최초 주가지수평가기간 종료일의 다음 달 계약해당일 전일까지는 보험계약일의 공시이율을 확정 적용하고, 최초 주가지수평가기간 종료일의 다음 달 계약해당일부터 매 1년간 확정 적용합니다.
2. 주가지수연동기간 이후에는 그 기간의 공시이율로 합니다.
② 공시이율은 연복리 2.5%를 최저한도로 합니다.

제21조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제22조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제23조【해약환급금】
이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하며, 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제24조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다. 다만, 체신관서는 제12조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제25조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제26조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제27조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치는 고지의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생 여부에 관계없이 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
③ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑤ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제28조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제29조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 제2호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제30조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제31조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제32조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제34조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제33조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제26조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제35조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제36조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제37조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제38조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제40조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제41조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제42조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
사망보험금	사망하였을 때	월납 보험료의 10배 + 적립금액

주) "적립금액"이란 적립부분 순보험료(영업보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 기준으로 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산하여 적립한 금액으로 주가지수연동이자를 포함하고 있습니다.

[별표2]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	공시이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		공시이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 공시이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	공시이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 공시이율은 이 계약의 공시이율을 말합니다.

무배당 우체국 채권연계저축보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증서)를 교부합니다.
④ 체신관서는 보험대상자(피보험자)가 이 계약에 적합하지 아니한 경우에는 청약일로부터 30일 이내에 청약을 거절할 수 있으며, 30일 이내에 청약 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
⑤ 체신관서가 청약을 거절한 때에는 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 가산한 보험료를 반환하여 드립니다.

제2조【청약의 철회】
계약자는 청약을 한 날 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 지체없이 받은 보험료를 반환하여 드리며 보험료 반환이 지체된 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약체결시 계약자에게 약관 및 보험계약청약서(이하 “청약서”라 합니다) 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
② 계약체결시 체신관서가 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 취소하는 경우에는 이미 납입한 보험료에 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율로 계산된 금액을 가산하여 드립니다.

제4조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 청약서상에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약자가 미성년자로서 청약서상에 친권자 또는 후견인의 동의를 얻지 아니한 경우
4. 계약체결시 체신관서가 정한 보험대상자(피보험자) 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 그러나 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달되었을 때에는 그러하지 아니합니다.

제5조【계약내용의 변경】
① 계약자는 체신관서가 정한 방법에 따라 다음의 계약사항을 변경할 수 있습니다.
1. 납입보험료
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)
3. 계약의 승계
4. 기타 계약사항
② 제1항 제1호의 경우 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자가 보험금을 받는 자(보험수익자)를 변경하거나 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

제6조【계약자의 임의해지】
계약자는 보험계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【계약의 소멸】
보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【보험료의 구성】
이 계약의 보험료는 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 만기보험금 지급을 위한 적립부분 보험료와 동조 제2호의 사망보험금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하여 납입하여야 합니다.(이하 “적립부분 보험료”와 “보장부분 보험료”를 합하여 “보험료”라 합니다)

제9조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장】
① 체신관서가 계약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입의 경우에는 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일"이라 하며, 보장개시일을 "보험계약일"로 봅니다)
② 체신관서가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 체신관서는 전항의 규정에 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
1. 제19조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제18조【가입자의 고지의무】의 규정에 의하여 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
④ 청약서에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과청약액에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제10조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기보험금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 사망보험금 : 사망하였을 때

제11조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.

제12조【적립이율】
① 이 보험의 적립부분에 적용하는 적립이율(이하 "적립이율"이라 합니다)은 매월 1일 또는 16일에 체신관서가 정한 이율로 합니다.
② 체신관서는 시장금리(국고채수익률, 회사채수익률) 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에 정하는 바에 따라 적립이율을 결정하며, 계약 건별로 보험계약일의 적립이율을 전 보험기간 동안 변동없이 확정 적용합니다.
③ 이 보험의 적립이율은 연복리 2.5%를 최저한도로 합니다.

제13조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 보험계약일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각 호의 사유로 인하여 체신관서가 이 계약을 해지하거나, 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제14조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 지식경제부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하며(별표2 "해약환급금의 계산" 참조), 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
② 이 약관에 의해 계약이 해지되는 때에는 적립부분 적립금액에 (1-시장가격조정률)을 곱하여 계산한 금액을 해약환급금으로 합니다.
③ 제2항의 시장가격조정률(MVA ; Market Value Adjustment)이 20% 이상인 경우에는 20%를 최고한도로 하여 계산합니다.

제16조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 안에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항의 규정에 의한 대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날(해약환급금의 경우는 해약청구일)에 제지급금에서 상계하는 방법으로 회수합니다.

제17조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제18조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 "고지의무"라 합니다)

제19조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치는 고지의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생 여부에 관계없이 체신관서는 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보험계약일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때
3. 모집자 등이 계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 고지의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 자필로 서명한 경우는 제외)
② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
③ 제1항에 의하여 계약을 해지한 경우에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제1항의 규정에 따라 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 청약시에 보험대상자(피보험자)의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 계약을 해지합니다.
⑤ 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못하는 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 드립니다.

제20조【계약취소권의 행사제한】
체신관서는 보장개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년 이상 지났을 때에는 민법 제110조【사기에 의한 의사표시】에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 청약일 이전에 암 또는 AIDS(후천성면역결핍증)의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5장 보험금 지급 등의 절차

제21조【보험금을 받는 자(보험수익자)의 지정】
이 계약에서 보험금을 받는 자(보험수익자)를 지정하지 아니한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 제10조【보험금의 종류 및 지급사유】제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 제2호의 경우에는 보험대상자(피보험자)로 하며, 보험대상자(피보험자)가 사망시는 보험대상자(피보험자)의 상속인으로 합니다.

제22조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

제23조【계약자의 주소변경 통지】
① 계약자는 주소 또는 안내받을 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 체신관서에 알림과 동시에 변경 청구를 하여야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 않은 경우 체신관서가 알고 있는 최종의 주소로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제24조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제25조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제26조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제25조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제18조【가입자의 고지의무】및 제1항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관련기관에 대한 체신관서의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표3(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
⑤ 체신관서는 만기보험금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제27조【계약내용의 교환】
체신관서는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 신용정보의이용및보호에관한법률 제23조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】및 동법 시행령 제12조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】의 규정을 따릅니다.
1. 계약자 및 보험대상자(피보험자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 보험대상자(피보험자)의 질병에 관한 정보

제28조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 등은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제6장 기타의 사항

제29조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제30조【체신관서가 제작한 보험안내장 등의 효력】
보험을 모집한 자가 보험모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내장 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제31조【보험가입증서(보험증서)의 재교부】
체신관서는 계약자의 청구에 따라 보험가입증서(보험증서)를 정정하거나 뒷면에 기재 또는 재교부하여 드립니다.

제32조【계약나이의 계산】
① 보험대상자(피보험자)의 가입나이는 보험계약일 현재 만나이로 계산하며, 1년 미만의 끝수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

② 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산합니다.

제33조【분쟁조정】
계약내용에 관하여 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제34조【준거법】
이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액
사망보험금	사망하였을 때	일시납보험료의 10% + 적립금액

주) "적립금액"이란 적립부분 순보험료(영업보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 기준으로 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산하여 적립한 금액을 말합니다.

[별표2]

해약환급금의 계산

1. 계약이 해지되는 경우 시장가격조정률(MVA) 적용

가. 계약이 해지되는 때에는 적립부분 적립금액에 (1-시장가격조정률)을 곱하여 계산한 금액을 해약환급금으로 합니다.

나. 시장가격조정률(MVA)은 다음과 같은 방법으로 계산합니다.

$$MVA = 1 - \left(\frac{1 + \text{보험계약일의 적립이율}}{1 + \text{해지일의 적립이율} + 0.5\%}\right)^{\left(\frac{\text{잔여월수}}{12}\right)}$$

주) 1. 잔여월수는 해지일부터 보험기간이 끝나는 날까지의 월수로 하되, 1개월 미만의 일수는 절상하여 계산
2. 시장가격조정률(MVA)이 20% 이상인 경우에는 20%를 최고한도로 함

다. 시장가격조정률(MVA) 적용취지

이 계약에서 보험계약일의 적립이율을 전 보험기간동안 확정 적용하기 위해서 체신관서는 5년, 10년 만기구조를 갖는 채권 등에 투자하여 자산과 부채를 대응시키는 투자전략을 갖게 됩니다.
일반적으로 채권 등의 가격은 시장금리가 상승하면 하락하고 시장금리가 하락하면 상승하게 됩니다. 이 계약의 보험기간 중 계약이 해지되는 경우 체신관서는 해당 자산을 매각하여 처분함에 따라 손실과 이익이 발생할 수 있는데, 시장가격조정률(MVA)은 부채에 대응하는 자산의 시장가격(매각손실 또는 이익)을 해약환급금에 반영하기 위한 비율로 적용됩니다.

라. 장래 금융환경변화에 따라 위의 적립이율과 관련한 내용을 변경하여야 할 필요가 있는 경우에는 지식경제부장관이 정하는 바에 따라 이를 변경하며, 계약자에게 그 변경내용을 변경일 1개월 전에 알려드립니다.

2. 시장가격조정률(MVA) 계산 예시

구 분		계약 해지일의 적립이율이 보험계약일의 적립이율보다 2.0% 높은 경우		계약 해지일의 적립이율이 보험계약일의 적립이율보다 2.0% 낮은 경우	
보험기간		5년만기	10년만기	5년만기	10년만기
보험계약일의 적립이율		4.50%	5.00%	4.50%	5.00%
해지일의 적립이율		6.50%	7.00%	2.50%	3.00%
시장가격 조정률 (MVA)	1년	9.02%	19.09%	-5.95%	-13.83%
	3년	4.62%	15.19%	-2.93%	-10.60%
	5년	0.00%	11.10%	0.00%	-7.46%
	7년	-	6.82%	-	-4.41%
	10년	-	0.00%	-	0.00%

주) 적립이율이 최저보증이율(2.5%) 보다 낮은 경우 최저보증이율(2.5%)을 적용

[별표3]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
사망보험금		지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율
만기보험금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금		해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
		해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	적립이율+1%
		지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 적립이율을 말합니다.

< 독립특약 >

(1) 사망관련특약

사망보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 사망보험금 : 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
사망보험금	사망하였을 때	1,000만원 (단, 재해이외의 원인으로 사망시에는 보험계약일로부터 1년미만은 상기금액의 30%, 2년미만은 70%를 지급)
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

유족연금특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 유족연금 : 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 유족연금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납

입한 보험료를 지급하며, 유족연금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 유족연금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우와 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)로부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
유족연금	사망하였을 때	100만원씩 10년 (단, 재해이외의 원인으로 사망시에는 보험계약일로부터 1년미만은 상기금액의 30%, 2년미만은 70%를 지급)
		(매년 사망해당일에 확정지급)
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

주) 유족연금의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

재해사망보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해사망보험금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 재해사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는

이미 납입한 보험료를 지급하며, 재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해사망보험금	재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

휴일재해사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 휴일재해사망보험금 : 휴일에 발생한 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 휴일재해사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 휴일재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 휴일재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【휴일의 정의】
이 특약에서 "휴일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"로 합니다. 단, 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고 발생지의 표준시로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
휴일재해 사망보험금	휴일에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

교통재해사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해사망보험금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 교통재해사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 교통재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 교통재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 사망보험금	교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

휴일교통재해사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 휴일교통재해사망보험금 : 휴일에 발생한 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 휴일교통재해사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 휴일교통재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 휴일교통재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【휴일의 정의】
이 특약에서 "휴일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"로 합니다. 단, 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고 발생지의 표준시로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
휴일교통재해 사망보험금	휴일에 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

대중교통사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 대중교통이용 중 교통사고사망보험금 : 대중교통이용 중 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 대중교통이용 중 교통사고사망보험금이 이미 납입한 보험료

보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 대중교통이용 중 교통사고사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 대중교통이용 중 교통사고사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 대중교통이용 중 교통사고가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 대중교통이용 중 교통사고일로부터 2년 이내에 그 교통사고로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【대중교통이용 중 교통사고의 정의】
① 이 특약에 있어서 "대중교통이용 중 교통사고"라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 운행 중인 대중교통기관에 탑승 중 발생한 교통사고
2. 보험대상자(피보험자)가 대중교통기관의 이용을 목적으로 대중교통기관에 오르거나 내리는 도중 발생한 교통사고
3. 보험대상자(피보험자)가 대중교통기관의 이용을 목적으로 개찰구를 갖는 대중교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 발생한 사고
② 제1항에서 "대중교통기관"이라 함은 다음에 정한 것을 말합니다.
1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철, 전철 및 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 정한 시내버스, 농어촌버스 및 시외버스
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조에서 정한 일반택시 및 개인택시
5. 여객자동차운수사업법 제5조 제3항에 의해 한정면허를 받아 운행하는 노선버스

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
대중교통사고 사망보험금	대중교통이용 중 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

뺑소니·무보험자동차사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 뺑소니·무보험 교통사고사망보험금 : 뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 뺑소니·무보험 교통사고사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 뺑소니·무보험 교통사고사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 뺑소니·무보험 교통사고사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고일로부터 2년 이내에 그 교통사고를 직접적인 원인으로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【뺑소니·무보험 자동차에 의한 교통사고의 정의】
① 이 특약에 있어서 “뺑소니 교통사고”라 함은 보험대상자(피보험자)가 보유불명의 자동차에 의한 사고로 상해를 입고 경찰관서에 뺑소니사고로 신고되어 「자동차손해배상보장법」상의 보유불명 자동차에 의한 사고로 손해배상금을 받을 수 있는 경우를 말합니다.
② 이 계약에 있어서 “무보험자동차에 의한 교통사고”라 함은 보험대상자(피보험자)가 「자동차손해배상보장법」상의 책임보험(대인배상Ⅰ)을 제외한 자동차보험(공제 포함)의 대인배상종합보험(대인배상II)에 가입되지 아니한 자동차에 의해 상해를 입음으로써 손해배상청구권이 발생한 경우를 말합니다. 다만, 가해자동차가 2대 이상인 경우 모두가 무보험자동차인 경우에 한합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
뺑소니·무보험 교통사고사망보험금	뺑소니·무보험자동차에 의한 교통사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

산업재해사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 산업재해사망보험금 : 산업재해보상보험법상의 “업무상의 재해”(이하 “산업재해”라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 산업재해사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 산업재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 산업재해사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 산업재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 산업재해일로부터 2년 이내에 그 산업재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(산업재해사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
산업재해 사망보험금	산업재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

레저사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 레저사고사망보험금 : 별표2(레저사고에 의한 재해분류표)에서 정하는 재해사고(이하 “레저사고‘라 합니다)를 직접적인 원인으로 사망하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 레저사고사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 레저사고사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 레저사고사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 레저사고가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 레저사고일로부터 2년 이내에 그 레저사고로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
레저사고 사망보험금	레저사고를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

레저사고에 의한 재해분류표

대상이 되는 레저사고에 의한 재해는 제5차 개정 한국표준질병·사인분류표(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 분류항목을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 수상 운수사고	V90～V94
2. 탑승자가 다친 무동력항공기 사고	V96
3. 스케이트, 스키, 롤러-스케이트 또는 스케이트보드에 의한 넘어짐	W02
4. 나무에서 추락	W14
5. 절벽에서 추락	W15
6. 물에 빠짐 이외 손상의 원인인 물로 다이빙 또는 뛰어듬	W16
7. 생물성 기계적 힘에 노출	W50～W64
8. 수영장 안에 있는 동안 물에 빠짐	W67
9. 수영장으로 떨어진 후 물에 빠짐	W68
10. 자연수안에 있는 동안 물에 빠짐	W69
11. 자연수로 떨어진 후의 물에 빠짐	W70
12. 유독성 동물 및 식물과의 접촉	X20～X29

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 재해 이외의 약관에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

성인병사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성인병사망보험금 : 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병을 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 성인병사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 성인병사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 성인병사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 성인병사망보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 성인병으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 성인병사망보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 성인병으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【성인병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “성인병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성인병분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성인병의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성인병 사망보험금	성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 인 병 분 류 표

약관에 규정하는 성인병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 악성 신생물	C00-C97
2. 상피내의 신생물	D00-D09
3. 당뇨병	E10-E14
4. 만성 류마티스성 심장 질환	I05-I09
5. 고혈압성 질환	I10-I15
6. 허혈성 심장 질환	I20-I25
7. 폐성 심장질환 및 폐순환의 질환	I26-I28
8. 기타 형태의 심장병	I30-I52
9. 대뇌혈관질환	I60-I69
10. 일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군	G45

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

암사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 암사망보험금 : 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제9조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 암사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 암사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 암사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 암사망보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암사망보험금을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조【암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암사망보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43 - C44
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

급성심근경색증사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 급성심근경색증사망보험금 : 급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 급성심근경색증사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 급성심근경색증사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 급성심근경색증사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 급성심근경색증사망보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 급성심근경색증사망보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
급성심근경색증 사망보험금	급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

질병사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 질병사망보험금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다)을 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 질병사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 질병사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 질병사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
질병사망보험금	질병을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 사망한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 사망한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 사망한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 사망한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 사망한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 사망한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 사망한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

뇌출혈사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 뇌출혈사망보험금 : 뇌출혈로 진단이 확정되고 그 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.

② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 뇌출혈사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 뇌출혈사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 뇌출혈사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 뇌출혈사망보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 뇌출혈로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 뇌출혈사망보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 뇌출혈로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
뇌출혈 사망보험금	뇌출혈로 진단이 확정되고 그 뇌출혈을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

당뇨병사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 당뇨병사망보험금 : 당뇨병으로 진단이 확정되고 그 당뇨병으로 사망하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 당뇨병사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 당뇨병사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 당뇨병사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 당뇨병사망보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 당뇨병으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 당뇨병사망보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 당뇨병으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【당뇨병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 당뇨병의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
당뇨병 사망보험금	당뇨병으로 진단이 확정되고 그 당뇨병으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

당 뇨 병 분 류 표

약관에 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 인슐린-의존 당뇨병	E10
2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

과로사관련사망특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 과로사사망보험금 : 과로사관련 특정질병으로 진단이 확정되고 그 과로사관련 특정질병을 직접적인 원인으로 사망하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】 제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 과로사사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하며, 과로사사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금보다 적은 경우에는 과로사사망보험금 지급사유가 발생한 시점의 해약환급금을 지급합니다.
③ 과로서사망보험금의 경우, 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 과로사관련 특정질병으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 과로사사망보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 과로사관련 특정질병으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【과로사관련 특정질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “과로사관련 특정질병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(과로사관련 특정질병분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 과로사관련 특정질병의 진단확정은 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리조직학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상검사적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
과로사 사망보험금	과로사관련 특정질병으로 진단이 확정되고 그 과로사관련 특정질병을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1년미만 : 300만원 2년미만 : 700만원 2년이상 : 1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

과로사관련 특정질병분류표

약관에 규정하는 과로사관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 바이러스 감염	B15～B19
2. 고혈압성 심장병	I11
3. 고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병	I13
4. 급성심근경색증	I21
5. 협심증	I20
6. 거미막밑 출혈	I60
7. 뇌내출혈	I61
8. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
9. 뇌경색증	I63
10. 대뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
11. 대뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
12. 고혈압성 뇌병증	I67.4
13. 간의 질환	K70～K77

주) 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(2) 장해관련특약

재해장해특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해장해급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 "장해분류표"(이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해장해급부금	재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “악간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10

장해의 분류	지급률
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 강정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
   - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
   - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

휴일재해장해특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 휴일재해장해급부금 : 휴일에 발생한 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정

될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【휴일의 정의】
이 특약에서 "휴일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"로 합니다. 단, 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고발생지의 표준시로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
휴일재해장해급부금	휴일에 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정
1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장해판정기준
1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준
1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준
1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

재해장해연금특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해장해연금 : 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 재해(별표2(재해분류표)에서 정하는 재해를 말하며 이하 “재해”라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해연금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 재해장해연금에서 이미 지급한 재해장해연금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 재해장해연금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 재해장해연금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 재해장해연금에서 이미 지급한 것으로 본 재해장해연금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
재해장해연금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	100%	500만원씩 10년
		80%~100%미만	300만원씩 10년
		50%~80%미만	100만원씩 10년
		(매년 장해진단해당일에 확정지급)	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

주) 재해장해연금의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “악간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

교통재해장해특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해장해급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 교통재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 장해지급률이 교통재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 교통재해"의 경우 하나의 사고로 인한 교통재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 교통재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 교통재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 교통재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 교통재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해장해급부금	교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

휴일교통재해장해특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 휴일교통재해장해급부금 : 휴일에 발생한 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 교통재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 교통재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 “동일한 교통재해”의 경우 하나의 사고로 인한 교통재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 교통재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 교통재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 교통재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 교통재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【휴일의 정의】
이 특약에서 “휴일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”로 합니다. 단, 토요일 및 공휴일의 판단기준은 사고발생지의 표준시로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
휴일교통재해 장해급부금	휴일에 발생한 교통재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “악간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

교통재해장해연금특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해장해연금 : 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다) 중 동일한 교통재해(별표2(교통재해분류표)에서 정하는 교통재해를 말하며 이하 “교통재해”라 합니다)로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생

한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 교통재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 "동일한 교통재해"의 경우 하나의 사고로 인한 교통재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 교통재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 교통재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 교통재해장해연금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 교통재해장해연금에서 이미 지급한 교통재해장해연금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 교통재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 교통재해장해연금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 교통재해장해연금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 교통재해장해연금에서 이미 지급한 것으로 본 교통재해장해연금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 교통재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
교통재해 장해연금	장해분류표 중 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때	100%	500만원씩 10년
		80%~100%미만	300만원씩 10년
		50%~80%미만	100만원씩 10년
		(매년 장해진단해당일에 확정지급)	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

주) 교통재해장해연금의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 특약에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

추상장해특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 장해급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다)의 장해분류별 판정기준에서 정한 “5. 외모의 추상(추한 모습)장해”(이하 “추상장해”라 합니다) 또는 추상장해 이외의 장해상태가 되었을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 장해지급률이 재해일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
③ 제2항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
④ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑦ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 재해로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준을 따릅니다.
⑨ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 재해를 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 재해 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑪ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
장해급부금	재해로 인하여 추상장해에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2×(1,000만원 × 해당 장해지급률)
	재해로 인하여 추상장해 이외의 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) “장해”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “악간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) “심한 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) “약간의 장해를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사” 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준
1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준
1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
   나) “심한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우
   다) “뚜렷한 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) “약간의 장해”라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.
   ⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.
2) 정신행동
   ① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
   ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.
   ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
   ④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
   ⑤ 평가의 객관적 근거
      ㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
      ㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
         - 보호자나 환자의 진술
         - 감정의의 추정 혹은 인정
         - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
         - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
   ⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
   ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
   ⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.
3) 치매
   ① "치매"라 함은
      - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
      - 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
   ② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
4) 간질
   ① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
   ② "심한 간질 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
   ③ "뚜렷한 간질 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ④ "약간의 간질 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
   ⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
   ⑥ "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

질병장해특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 질병장해급부금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”라 합니다)으로 인하여 별표3에서 정하는 “장해분류표”(이하 “장해분류표”라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.

② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
③ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 동일한 질병으로 2가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
④ 제3항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 다른 질병을 원인으로 하여 장해가 2회 이상 발생한 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 장해급부금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 장해급부금을 감한 차액을 드립니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑥ 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에서 질병 발생 이전에 이미 장해가 있었던 신체의 동일부위에 또 다시 장해급부금 지급사유가 발생되었을 때에는 이미 있었던 장해에 대하여는 장해급부금이 지급된 것으로 보고 새로이 발생된 장해에 해당하는 장해급부금에서 이미 지급한 것으로 본 장해급부금을 감한 차액을 드립니다.
⑦ 동일한 질병으로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
질병장해급부금	질병으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 장해상태가 된 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 장해상태가 된 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 장해상태가 된 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 장해상태가 된 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 장해상태가 된 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 장해상태가 된 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 장해상태가 된 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

장 해 분 류 표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유시 장래 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
3) "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 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 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상 후 1년이상 경과한 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 보험대상자(피보험자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

나. 장해판정기준
1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손
1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로 평가한다.

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준
1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준
1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ) ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ) ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ) ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준
1) "외모"란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
2) "추상(추한 모습)장해"라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) "추상(추한 모습)을 남긴 때"라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/2 이상 결손
2) 머리
① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기
"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
2) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
3) 심한 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
4) 뚜렷한 운동장해
① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때
5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태
6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형“이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절 중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우
다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
7) “가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

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 3대관절 중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절 중 1관절의 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 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한 다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한 손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1손가락마다)	5

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
3) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑 관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한 발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
3) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	20

나. 장해의 판정기준

1) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때" 라 함은
   ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
   ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
   ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
   ② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
   ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은
   ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
   ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
   ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
   ④ 음경의 1/20이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
   ⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장해가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장해를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장해로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉮ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장해평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 (30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태 (5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태 (10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태 (5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태 (10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태 (5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태 (3%)

신체부위의 설명도

(3) 입원관련특약

입원보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 입원급부금 : 별표3(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
③ 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
입원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

장기입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 장기입원급부금 : 별표3(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
③ 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 장기입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
장기입원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일이상 입원하였을 때 (30일 초과 입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

재해입원보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해입원급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 재해입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
③ 동일 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 재해에 의한 입원이라도 재해입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 재해입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 재해입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해입원급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

재해장기입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】.
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해장기입원급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 재해장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
③ 동일 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 재해에 의한 입원이라도 재해장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 재해장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 재해장기입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해장기입원급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때 (30일초과 입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

화상입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 화상입원급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② “계속 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.
③ 동일 화상으로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일 화상에 의한 입원이라도 화상입원급부금이 지급된 최초입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제10조【화상의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “화상”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(화상분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
② 화상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 화상입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(화상진단서, 입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
화상입원급부금	재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

교통재해응급치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해응급치료급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② “계속 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.
③ 동일 교통재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일 교통재해에 의한 입원이라도 교통재해응급치료급부금이 지급된 최초입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 교통재해응급치료급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 응급치료급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

재해응급치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해응급치료급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② “계속 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.
③ 동일 재해로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일 재해에 의한 입원이라도 재해응급치료급부금이 지급된 최초입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 재해응급치료급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해 응급치료급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

교통재해입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해입원급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 교통재해입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
③ 동일 교통재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 교통재해에 의한 입원이라도 교통재해입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 교통재해입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 교통재해입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 입원급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

교통재해장기입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】.
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해장기입원급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 교통재해장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
③ 동일 교통재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 교통재해에 의한 입원이라도 교통재해장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
④ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 교통재해장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 교통재해장기입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 장기입원급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때 (30일초과 입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

질병입원보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 질병입원급부금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 질병입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 질병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여

시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 질병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 질병입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
질병입원급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

질병장기입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 질병장기입원급부금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 질병장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 질병장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하

여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 질병장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 질병장기입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
질병장기 입원급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때 (30일초과 입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

암입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】

① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 암입원급부금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 암입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 암입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 암입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제16조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서, 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암입원급부금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	암 : 1만원 기타피부암 : 3천원 상피내암 : 3천원 경계성 종양 : 3천원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

암장기입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 암장기입원급부금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 계속 입원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 암장기입원급부금은 1회 입원당 90일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 암장기입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 암장기입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
④ “계속 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.

3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 암장기입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제16조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서, 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암장기입원급부금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 31일이상 계속 입원하였을 때 (30일 초과 입원일수 1일당)	암 : 1만원 기타피부암 : 3천원 상피내암 : 3천원 경계성 종양 : 3천원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

뇌출혈입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 뇌출혈입원급부금 : 뇌출혈로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 뇌출혈입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 뇌출혈로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 뇌출혈에 의한 입원이라도 뇌출혈입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 뇌출혈입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌출혈의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 뇌출혈입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(뇌출혈진단서, 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
뇌출혈입원급부금	뇌출혈로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

급성심근경색증입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 급성심근경색증입원급부금 : 급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 급성심근경색증입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 급성심근경색증으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 급성심근경색증에 의한 입원이라도 급성심근경색증입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 급성심근경색

증입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 급성심근경색증의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 급성심근경색증입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(급성심근경색증진단서, 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
급성심근경색증 입원급부금	급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

중증간경화입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증간경화입원급부금 : 중증간경화로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 중증간경화입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 중증간경화로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 중증간경화에 의한 입원이라도 중증간경화입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 중증간경화입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【중증간경화의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "중증간경화"라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.
1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.
3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.
② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 중증간경화의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 중증간경화입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중증간경화 입원급부금	중증간경화로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

중증신부전증입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증신부전증입원급부금 : 중증신부전증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 중증신부전증입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 중증신부전증으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 중증신부전증에 의한 입원이라도 중증신부전증입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 중증신부전증입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【중증신부전증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중증신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제4차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.
② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 중증신부전증의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 중증신부전증입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중증신부전증 입원급부금	중증신부전증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

중증폐질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증폐질환입원급부금 : 중증폐질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 중증폐질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 중증폐질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 중증폐질환에 의한 입원이라도 중증폐질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 중증폐질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【중증폐질환의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "중증폐질환"이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하
2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하

② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 중증폐질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 중증폐질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중증폐질환 입원급부금	중증폐질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

3대질병입원보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 3대질병입원급부금 : 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 3대질병입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
② 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 3대질병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 3대질병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【3대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "3대질병"이라 함은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "상피내암", "경계성종양", "기타피부암", "뇌출혈", "급성심근경색증"을 말합니다.
② 3대질병의 진단확정은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 기준에 따릅니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 3대질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 3대질병입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
3대질병입원급부금	3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	암· 뇌출혈· 급성심근경색증 : 1만원 기타피부암·상피내암·경계성 종양 : 3천원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

3대질병의 정의 및 진단확정

1. 암

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음의 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

2. 기타피부암

① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. 상피내암

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. 경계성종양

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. 뇌출혈

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

6. 급성심근경색증

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 전문의 자격증을 가진 자가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

중대질병입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중대질병입원급부금 : 중대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 중대질병입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병에 의한 입원이라도 중대질병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 중대질병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【중대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 “중대질병”이라 함은 별표2(중대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “중증간경화”, “중증신부전증”, “중증폐질환”을 말합니다.
② 중대질병의 진단확정은 별표2(중대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 기준에 따릅니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 중대질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 중대질병입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중대질병 입원급부금	중대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

중대질병의 정의 및 진단확정

1. 암

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음의 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 상피내암(carcinoma in-situ) 및 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우에는 보장하지 아니합니다.

③ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

2. 뇌 출 혈

① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

3. 급성심근경색증

① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 전문의 자격증을 가진 자가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. 중증간경화

① 이 특약에 있어서 "중증간경화"라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.

1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.
3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.

② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

5. 중증신부전증

① 이 특약에 있어서 "중증신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제4차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

6. 중증폐질환

① 이 특약에 있어서 "중증폐질환"이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하
2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하

② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

식중독입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 식중독입원급부금 : 식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① “계속 입원”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속 입원으로 봅니다.
② 동일 식중독으로 인하여 4일 이상의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일 식중독에 의한 입원이라도 식중독입원급부금이 지급된 최초입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제10조【식중독의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “식중독”이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표2(식중독분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 식중독의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 식중독으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 식중독입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(입원확인서, 식중독진단서)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
식중독 입원급부금	식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

식 중 독 분 류 표

약관에 규정하는 식중독은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독 작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

당뇨병입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 당뇨병입원급부금 : 당뇨병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 당뇨병입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 당뇨병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 당뇨병에 의한 입원이라도 당뇨병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 당뇨병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【당뇨병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 당뇨병의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 당뇨병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 당뇨병입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
당뇨병 입원급부금	당뇨병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

당 뇨 병 분 류 표

약관에 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 인슐린-의존 당뇨병	E10
2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

성인주요질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성인주요질환입원급부금 : 성인주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 성인주요질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 성인주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 성인주요질환에 의한 입원이라도 성인주요질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 성인주요질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【성인주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “성인주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성인주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성인주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성인주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 성인주요질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성인주요질환 입원급부금	성인주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 인 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성인주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성궤양	K27
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
콩팥기능상실(신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

여성주요질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 여성주요질환입원급부금 : 여성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 여성주요질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 여성주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 여성주요질환에 의한 입원이라도 여성주요질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 여성주요질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【여성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “여성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(여성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 여성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 여성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 여성주요질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
여성주요질환 입원급부금	여성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

여 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 여성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
양성 신생물	양성 신생물	D10~D36
유방의 장애	유방의 장애	N60~N64
여성 골반내 장기의 염증성 질환	여성 골반내 장기의 염증성 질환	N70~N77
여성생식기의 비염증성 장애	자궁내막증	N80
	여성 생식기 탈출	N81
	여성 생식기를 포함한 샛길(누공)	N82
	난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
	여성 생식기의 폴립	N84
	경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁목의 미란 및 외반증	N86
	자궁목의 형성이상	N87
	자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
비뇨생식기계통의 기타장애	비뇨생식기계통의 기타장애	N99
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	성인성 골연화증	M83
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

남성주요질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 남성주요질환입원급부금 : 남성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 남성주요질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 남성주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 남성주요질환에 의한 입원이라도 남성주요질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 남성주요질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【남성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “남성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(남성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 남성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 남성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 남성주요질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
남성주요질환 입원급부금	남성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

남 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 남성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 사구체질환	N00~N08
2. 세뇨관-사이질성 질환	N10~N16
3. 요로결석증	N20~N23
4. 콩팥(신장) 및 요관의 기타장애	N25~N29
5. 비뇨기계통의 기타질환	N30~N37, N39
6. 남성생식기관의 질환	N40~N51

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

성장기주요질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성장기주요질환입원급부금 : 성장기주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 성장기주요질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 성장기주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 성장기주요질환에 의한 입원이라도 성장기주요질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 성장기주요질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【성장기주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “성장기주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성장기주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성장기주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성장기주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 성장기주요질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성장기주요질환 입원급부금	성장기주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 장 기 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성장기주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
아토피 피부염	아토피 피부염	L20
가운데귀 및 꼭지돌기의 질환	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
만성 굴염	만성 굴염	J32
급성상기도 감염	급성상기도 감염	J00~J06
결핵	결핵	A15~A19
바이러스 간염	바이러스 간염	B15~B19
중추신경계통의 염증성 질환	중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
간질	간질	G40
	간질 지속상태	G41
결막의 장애	결막의 장애	H10,H11,H13
만성기관지염	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
충수의 질환	충수의 질환	K35~K38
헤르니아 및 장폐색	헤르니아	K40~K46
	헤르니아가 없는 마비성 장폐색증 및 창자폐쇄	K56
당뇨병	당뇨병	E10~E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

노인성주요질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 노인성주요질환입원급부금 : 노인성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 노인성주요질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 노인성주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 노인성주요질환에 의한 입원이라도 노인성주요질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 노인성주요질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【노인성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “노인성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(노인성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 노인성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 노인성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 노인성주요질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
노인성주요질환 입원급부금	노인성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

노 인 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 노인성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10~E14
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
허혈성 심장 질환	허혈성 심장 질환	I20~I25
기타 심장질환	급성 류마티스 열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
콩팥(신장)기능상실	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
담석증	담석증	K80
담낭염	담낭염	K81
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
	전신 홍반성 루푸스	M32
	피부다발근육염	M33
	전신경화증	M34
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

감염성주요질환입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 감염성주요질환입원급부금 : 감염성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 감염성주요질환입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 감염성주요질환으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 감염성주요질환에 의한 입원이라도 감염성주요질환입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 계속 감염성주요질환입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제10조【감염성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “감염성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(감염성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 감염성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 감염성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 감염성주요질환입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
감염성주요질환 입원급부금	감염성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

감 염 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 감염성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 창자 감염질환	A00~A09
2. 특정동물 매개의 세균성질환	A20~A28
3. 기타 세균성 질환	A30~A49
4. 기타 스피로헤타 질환	A65~A69
5. 클라미디아에 의한 기타질환	A70, A71, A74
6. 리켓치아병	A75, A77~A79
7. 중추신경계통의 바이러스 감염	A80~A89
8. 절지동물 매개의 바이러스열 및 바이러스 출혈열	A90~A96, A98, A99
9. 피부 및 점막병터가 특징인 바이러스 감염	B00~B09
10. 기타 바이러스 질환	B25~B27, B30, B33, B34
11. 원충성 질환	B50~B60, B64
12. 연충증	B65~B83
13. 이 감염증, 진드기증 및 기타 감염증	B85~B89
14. 감염성 및 기생충성 질환의 후유증	B90~B92, B94
15. 기타 감염성 질환	B99
16. 사르코이도시스	D86

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(4) 수술관련특약

수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 수술급부금 : 별표3(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 수술급부금의 경우, 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표4(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
수술급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종

구분	수술명	종류
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종

구분	수술명	종류
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5종 3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潛助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

교통재해수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해수술급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "교통재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표3(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 교통재해수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 교통재해수술급부금만을 지급합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표3(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해수술급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)
	27. 비장(脾腸) 적제술

구분	수술명
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)
	38. 당도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	39. 탈장(脫腸) 근본수술
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]
	50. 음경(陰莖) 절단술
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술

구분	수술명
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술
	69. 누소관(淚小管)형성술
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술
	72. 각막(角膜) 이식술
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술
	82. 안근(眼筋)이식술
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술
	86. 내이(內耳) 관혈수술
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)
	92. 요실금수술, 방광류교정술

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潛助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

재해수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해수술급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표3(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 재해수술급부금의 경우, 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 재해수술급부금을 지급합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표3(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해수술급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>
Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종

구분	수술명	종류
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종

구분	수술명	종류
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5종
1-1. 기타피부암(C44)	3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潛助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

화상수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 화상수술급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【화상의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “화상”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(화상분류표)에서 정한 항목을 말합니다.
② 화상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다

제11조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(화상진단서, 수술증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
화상수술급부금	재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

외모상해수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 외모상해수술급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하“재해”라 합니다)로 인하여 별표3(외모상해분류표)에서 정하는 외모상해(이하 “외모상해”라 합니다)의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 외모상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(외모상해진단서, 수술증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
외모상해 수술급부금	재해로 인하여 외모상해의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

외 모 상 해 분 류 표

약관에 규정하는 외모상해는 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대상이 되는 외모상해	분류번호
1. 머리의 손상	S00-S09
2. 목의 손상	S10-S19
3. 다발성 신체부위를 포함하는 손상 중	
- 목을 동반한 머리의 얕은 손상	T00.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 얕은 손상	T00.8 주)
- 목을 동반한 머리의 열린상처	T01.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 열린상처	T01.8 주)
- 목을 포함한 머리의 골절	T02.0
- 기타 복합 신체부위의 골절	T02.8 주)
- 목을 포함한 머리의 탈구, 염좌 및 긴장	T03.0
- 기타 복합 신체부위를 침범하는 탈구, 염좌 및 긴장	T03.8 주)
- 목을 포함한 머리의 압착손상	T04.0
- 기타 복합 신체부위의 압착손상	T04.8 주)
4. 화상 및 부식 중	
- 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
- 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
5. 동상 중	
- 머리의 얕은 동상	T33.0
- 목의 얕은 동상	T33.1
- 조직괴사를 동반한 머리의 동상	T34.0
- 조직괴사를 동반한 목의 동상	T34.1

주) 기타 복합 신체부위에 관한 사항은 안면부, 두부 및 목부위와 중복되어 발생한 경우에 한하여 보장되며, 안면부, 두부 및 목부위와 중복되지 아니한 복합 신체부위 상해는 보장에서 제외합니다.

※ 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

암수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한

때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 암수술급부금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암수술 급부금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	암 : 100만원 기타피부암 : 30만원 상피내암 : 30만원 경계성 종양 : 30만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

뇌출혈수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 뇌출혈수술급부금 : 뇌출혈로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기

초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 뇌출혈로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(뇌출혈진단서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
뇌출혈 수술급부금	뇌출혈로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

급성심근경색증수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 급성심근경색증수술급부금 : 급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상

기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 급성심근경색증으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(급성심근경색증진단서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
급성심근경색증 수술급부금	급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

중증간경화수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증간경화수술급부금 : 중증간경화로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【중증간경화의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중증간경화”라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.
1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.

3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.
② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 중증간경화로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중증간경화 수술급부금	중증간경화로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

중증신부전증수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증신부전증수술급부금 : 중증신부전증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금지급에 관한 세부규정】
신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받기 위해 필요한 수술은 보장에서 제외하며 중증신부전증수술급부금을 지급하여 드리지 아니합니다.

제10조【중증신부전증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중증신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제4차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.
② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 중증신부전증으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중증신부전증 수술급부금	중증신부전증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

중증폐질환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증폐질환수술급부금 : 중증폐질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【중증폐질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중증폐질환”이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하

2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하
② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 중증폐질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중증폐질환 수술급부금	중증폐질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

3대질병수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 3대질병수술급부금 : 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제10조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제13조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제16조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
3대질병 수술급부금	암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	암, 뇌출혈,급성심근경색증 : 100만원 기타피부암,상피내암,경계성종양 : 30만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

악관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

악관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표5]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

중대질병수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중대질병수술급부금 : 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 중증간경화, 중증신부전증 또는 중증폐질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받기 위해 필요한 수술은 보장에서 제외하며 중대질병수술급부금을 지급하여 드리지 아니합니다.

제10조【암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제12조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【중증간경화의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "중증간경화"라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.
1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.
3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.
② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제14조【중증신부전증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "중증신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제4차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.
② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제15조【중증폐질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "중증폐질환"이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하
2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하
② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제16조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 중증간경화, 중증신부전증 또는 중증폐질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제18조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제19조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제20조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중대질병 수술급부금	암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 중증간경화, 중증신부전증 또는 중증폐질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

질병수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 질병수술급부금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 별표3(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에서 정한 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
질병수술급부금의 경우, 보험대상자(피보험자)가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술급부금을 지급합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표3(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표)에 정한 행위를 하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
질병수술급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 수술한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 수술한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 수술한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 수술한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 수술한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 수술한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 수술한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표

< 수술분류표>

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	종류
피부, 유방의수술	1. 피부 이식술(移植術) (25㎠미만은 제외, 피부의 양성종양 제거술 제외)	3종
	2. 유방 절단술(切斷術, Mastectomy)	3종
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술, 비(非)관혈적(觀血的) 정복술(整復術)은 제외함][치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치에 수반하는 것은 제외함]	3. 골(骨) 이식술	2종
	4. 골수염(骨髓炎), 골결핵(骨結核) 관혈수술(觀血手術) [농양(膿瘍)의 절개는 제외함]	3종
	5. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3종
	6. 비골(鼻骨) 관혈수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1종
	7. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2종
	8. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨) 관혈수술	3종
	9. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2종
	10. 사지(四肢) 절단술 [손가락, 발가락은 제외함]	3종
	11. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합술(再接合術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3종
	12. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 [손가락, 발가락은 제외함]	2종
	13. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶) 관혈수술[손가락, 발가락은 제외함. 근염(筋炎), 결절종(結節腫), 점액종(粘液腫) 수술은 제외함]	1종
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	14. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1종
	15. 후두(喉頭) 전적제술(全摘除術)	3종
	16. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4종
	17. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5종
	18. 흉곽(胸郭) 형성술(形成術)	3종
	19. 종격종양(縱隔腫瘍) 적출술(摘出術) [개흉술을 수반하는 것]	4종
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	20. 관혈적(觀血的) 혈관 성형술(血管成形術, Angioplasty) · 혈관우회술(迂廻術, Bypass operation)	3종
	21. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술	1종
	22. 대동맥(大動脈),대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈),관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5종
	23. 심막(心膜) 절개봉합술(切開縫合術)	4종
	24. 직시하 심장내(直視下心藏內) 관혈수술[개흉술을 수반하는 것]	5종
	25. 심장 이식수술[수용자에 한함]	5종
	26. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3종
	27. 비장(脾腸) 적제술	3종

구분	수술명	종류
소화기계의 수술	28. 이하선종양(耳下腺腫瘍) 적출술	3종
	29. 악하선종양(顎下腺腫瘍) 적출술	2종
	30. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4종
	31. 위 절제술 (胃 切除術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4종
	32. 기타의 위 · 식도수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3종
	33. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	3종
	34. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4종
	35. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3종
	36. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5종
	37. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5종
	38. 담도계 결석치료를 위한 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1종
	40. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2종
	41. 직장탈(直腸脫) 근본수술	2종
	42. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4종
	43. 근치(根治)를 목적으로 한 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1종
비뇨기계 · 생식기계의 수술	44. 신장(腎臟),신우(腎盂),요관(尿管) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작은 제외]	4종
	45. 방광(膀胱) 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2종
	46. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術)[수용자에 한함]	5종
	47. 요로 결석 치료를 위한 체외충격파 쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	48. 요도협착(尿道狹窄) 관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	49. 요루폐쇄(尿屢閉鎖,Urinary fistulectomy)관혈수술[경요도적 조작은 제외함]	3종
	50. 음경(陰莖) 절단술	3종
	51. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2종
	52. 음낭수종(陰囊水腫) 근본수술	1종
	53. 자궁(子宮) 전(全)절제술	2종
	54. 자궁경관(子宮頸管) 형성술, 자궁경관 봉축술(縫縮術)	1종
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1종
	56. 자궁외 임신(子宮外 姙娠)수술	2종
	57. 자궁탈(子宮脫) · 질탈(膣脫)근본수술	1종
	58. 기타의 자궁수술 [자궁경관 Polyp 절제술, 인공임신중절술(人工姙娠中絶術)은 제외함]	1종
	59. 난관(卵管), 난소(卵巢) 관혈수술 [경질적(經膣的)조작은 제외함]	2종
	60. 기타의 난관(卵管), 난소(卵巢)수술	1종

구분	수술명	종류
내분비기계의 수술	61. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 관혈적적제술	5종
	62. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 절제술	3종
	63. 부신(副腎) 전(全)적제술	4종
신경계의 수술	64. 두개내(頭蓋內) 관혈수술[개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5종
	65. 신경(神經) 관혈수술 [형성술, 이식술, 절제술, 감압술(減壓術), 개방술, 염제술(捻除術)]	2종
	66. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 적출술(摘出術)	4종
	67. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3종
시각기의 수술	68. 안검하수증(眼檢下垂症)수술	1종
	69. 누소관(淚小管)형성술	2종
	70. 누낭비강(淚囊鼻腔) 문합술(吻合術)	2종
	71. 결막낭(結膜囊) 형성술	2종
	72. 각막(角膜) 이식술	2종
	73. 관혈적 전방(前房), 홍채(虹彩), 초자체(硝子體), 안와내(眼窩內) 이물 제거술(異物除去術)	2종
	74. 홍채(虹彩) 전후유착 박리술 (前後癒着 剝離術)	2종
	75. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3종
	76. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1종
	77. 초자체(硝子體) 관혈수술	2종
	78. 망막박리(網膜剝離) 수술	2종
	79. 레이저(Laser) · 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종
	80. 안구적제술, 조직충전술(組織充塡術)	3종
	81. 안와종양(眼窩腫瘍)적출술	3종
	82. 안근(眼筋)이식술	2종
청각기(聽覺器)의 수술	83. 관혈적 고막(鼓膜), 고실(鼓室) 형성술 [고막 패치술은 제외]	3종
	84. 유양동 삭개술(乳樣洞削開術, mastoidectomy)	1종
	85. 만성중이염 중이(中耳) 근본수술	2종
	86. 내이(內耳) 관혈수술	3종
	87. 청신경종양(聽神經腫瘍) 적출술[개두술(開頭術)을 수반하는 것]	5종
상기 이외의 수술 [검사, 처치,악물주입요법은 포함하지 않음]	88. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3종
	89. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3종
	90. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2종
	91. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 91-1. 뇌, 심장 91-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기, 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	3종 2종
	92. 요실금수술, 방광류교정술	1종

(주) 상기 1-90항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous)수술은 91항을 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5종 3종
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [시술 개시일부터 60일간에 1회 의 급여를 한도로 함]	3종
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술[시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함]	2종

(주) 1. 상피내암 · 경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술'항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡입 · 천자 · 약물주입요법은 포함하지 않음.

Ⅲ. 악성신생물 근치 · 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3종
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3종

(주) 1. 시술 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함.
2. 고식적(姑息的) · 보조적(潛助的) · 근치 목적 이외의 방사선 조사는 제외함.

(수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>에 정한 행위[기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <수술 · 신생물 근치 방사선 조사 분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 91항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소(Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술 · 신생물 근치 방사선 급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

5대장기이식수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 5대장기이식수술급부금 : 보험대상자(피보험자)가 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【5대장기이식수술의 정의】
① 이 특약에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함) 등에서 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.
② 제1항에 있어서 "5대장기"라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
5대장기이식 수술급부금	보험대상자(피보험자)가 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

대동맥류인조혈관치환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 대동맥류인조혈관치환수술급부금 : 대동맥류인조혈관치환수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【대동맥류인조혈관치환수술의 정의】
① 이 특약에 있어서 “대동맥류인조혈관치환수술”이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 “대동맥”이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
② 단, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.

예) 경피적혈관내 대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
대동맥류인조혈관치환 수술급부금	대동맥류인조혈관치환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

관상동맥우회수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 관상동맥우회수술급부금 : 관상동맥우회수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【관상동맥우회수술의 정의】
① 이 특약에 있어서 “관상동맥우회수술”이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery) 등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
② 관상동맥확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 시술이나 개흉술을 동반하지

않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
예) 관상동맥성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반제술(Rotational Atherectomy)
③ 제1항의 관상동맥우회수술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
관상동맥우회 수술급부금	관상동맥우회수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

심장판막치환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 심장판막치환수술급부금 : 심장판막치환수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【심장판막치환수술의 정의】
① 이 특약에 있어서 “심장판막치환수술”이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
1. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여 주는 수술
2. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)
② 단, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
1. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
   예) 경피적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
2. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
심장판막치환 수술급부금	심장판막치환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

조혈모세포이식수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 조혈모세포이식수술급부금 : 조혈모세포이식수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【조혈모세포이식수술의 정의】
이 특약에 있어서 “조혈모세포이식(hematopoietic stem cell transplatation)수술”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포로 회복시킬 목적으로 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포

를 채취하는 시술은 제외합니다.
1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
조혈모세포이식 수술급부금	조혈모세포이식수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

당뇨병수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 당뇨병수술급부금 : 당뇨병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【당뇨병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 당뇨병의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 당뇨병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
당뇨병 수술급부금	당뇨병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

당 뇨 병 분 류 표

약관에 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 인슐린-의존 당뇨병	E10
2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

성인주요질환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성인주요질환수술급부금 : 성인주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【성인주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “성인주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성인주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성인주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성인주요질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성인주요질환 수술급부금	성인주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 인 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성인주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성궤양	K27
감상샘의 장애	감상샘의 장애	E00~E07
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
콩팥기능상실(신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

여성주요질환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 여성주요질환수술급부금 : 여성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【여성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “여성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(여성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 여성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 여성주요질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
여성주요질환 수술급부금	여성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

여 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 여성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
양성 신생물	양성 신생물	D10~D36
유방의 장애	유방의 장애	N60~N64
여성 골반내 장기의 염증성 질환	여성 골반내 장기의 염증성 질환	N70~N77
여성생식기의 비염증성 장애	자궁내막증	N80
	여성 생식기 탈출	N81
	여성 생식기를 포함한 샛길(누공)	N82
	난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
	여성 생식기의 폴립	N84
	경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁목의 미란 및 외반증	N86
	자궁목의 형성이상	N87
	자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
비뇨생식기계통의 기타장애	비뇨생식기계통의 기타장애	N99
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	성인성 골연화증	M83
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

남성주요질환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 남성주요질환수술급부금 : 남성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【남성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “남성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(남성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 남성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 남성주요질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
남성주요질환 수술급부금	남성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

남 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 남성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 사구체질환	N00~N08
2. 세뇨관-사이질성 질환	N10~N16
3. 요로결석증	N20~N23
4. 콩팥(신장) 및 요관의 기타장애	N25~N29
5. 비뇨기계통의 기타질환	N30~N37, N39
6. 남성생식기관의 질환	N40~N51

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

성장기주요질환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성장기주요질환수술급부금 : 성장기주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【성장기주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “성장기주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성장기주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성장기주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성장기주요질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성장기주요질환 수술급부금	성장기주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 장 기 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성장기주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
아토피 피부염	아토피 피부염	L20
가운데귀 및 꼭지돌기의 질환	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
만성 굴염	만성 굴염	J32
급성상기도 감염	급성상기도 감염	J00~J06
결핵	결핵	A15~A19
바이러스 간염	바이러스 간염	B15~B19
중추신경계통의 염증성 질환	중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
간질	간질	G40
	간질 지속상태	G41
결막의 장애	결막의 장애	H10,H11,H13
만성기관지염	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
충수의 질환	충수의 질환	K35~K38
헤르니아 및 장폐색	헤르니아	K40~K46
	헤르니아가 없는 마비성 장폐색증 및 창자폐쇄	K56
당뇨병	당뇨병	E10~E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

노인성주요질환수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 노인성주요질환수술급부금 : 노인성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【노인성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “노인성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(노인성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 노인성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 노인성주요질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
노인성주요질환 수술급부금	노인성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

노 인 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 노인성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10~E14
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
허혈성 심장 질환	허혈성 심장 질환	I20~I25
기타 심장질환	급성 류마티스 열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
콩팥(신장)기능상실	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
담석증	담석증	K80
담낭염	담낭염	K81
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
	전신 홍반성 루푸스	M32
	피부다발근육염	M33
	전신경화증	M34
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

양성뇌종양수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 양성뇌종양수술급부금 : 양성뇌종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【양성뇌종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “양성뇌종양”이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병·사인분류 중 별표2(양성뇌종양 분류표)에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.
② 양성뇌종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제10조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 양성뇌종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(양성뇌종양진단서, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
양성뇌종양 수술급부금	양성뇌종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

양 성 뇌 종 양 분 류 표

약관에 규정하는 양성뇌종양으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 기타 중추 신경계통 부위의 양성신생물	D33
3. 뇌 하수체	D35.2
4. 머리인두관	D35.3
5. 솔방울샘	D35.4

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(5) 진단관련특약

암치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제15조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 암치료보험금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 최초의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 1회에 한하여 지급함)

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
암치료 보험금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 최초의 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 이 확정되었을 때(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 1회에 한함)	구분 / 경과기간	암	기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
		1년미만	300만원	90만원
		2년미만	700만원	210만원
		2년이상	1,000만원	300만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료		

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

고액암치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【고액암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 고액암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【고액암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 고액암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 고액암치료보험금 : 암보장개시일 이후에 최초의 고액암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 고액암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 고액암치료보험금을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 고액암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조【고액암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "고액암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(고액치료비 관련 악성신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 고액암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 고액암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.3

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 고액암진단서(고액암 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
고액암 치료보험금	암보장개시일 이후에 최초의 고액암으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

고액치료비 관련 악성신3 물분류표

약관에 규정하는 고액치료비 관련 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분 류 번 호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 췌장(이자)의 악성신생물	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C70-C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
- 호지킨병	C81
- 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

소아암치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【소아암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 소아암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【소아암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 소아암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1"보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 소아암치료보험금 : 암보장개시일 이후에 최초의 소아암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 소아암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 소아암치료보험금을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 소아암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조【소아암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "소아암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(소아암분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 소아암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 소아암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 소아암진단서(소아암 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
소아암 치료보험금	암보장개시일 이후에 최초의 소아암으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

소 아 암 분 류 표

약관에 규정하는 소아암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C41
3. 수막의 악성신생물	C70
4. 뇌의 악성신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
6. 호지킨병	C81
7. 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
8. 미만성 비호지킨 림프종	C83
9. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
10. 기타 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
11. 악성 면역증식성 질환	C88
12. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
13. 림프 백혈병	C91
14. 골수성 백혈병	C92
15. 단핵구성 백혈병	C93
16. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
17. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
18. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

남성3대암치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【남성3대암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 남성3대암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【남성3대암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 남성3대암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1"보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 남성3대암치료보험금 : 암보장개시일 이후에 최초의 남성3대암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 남성3대암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 남성3대암치료보험금을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 남성3대암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조【남성3대암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "남성3대암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(남성3대암분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 남성3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 남성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 남성3대암진단서(남성3대암 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
남성3대암 치료보험금	암보장개시일 이후에 최초의 남성3대암으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

남 성 3 대 암 분 류 표

약관에 규정하는 남성3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 위의 악성신생물	C16
2. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물	C22
3. 쓸개(담낭)의 악성신생물	C23
4. 기타 및 상세불명 담도부위의 악성신생물	C24
5. 기관의 악성신생물	C33
6. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

여성3대암치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【여성3대암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 여성3대암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【여성3대암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 여성3대암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1"보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 여성3대암치료보험금 : 암보장개시일 이후에 최초의 여성3대암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 암보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 여성3대암으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 여성3대암치료보험금을 지급합니다. 그러나 암보장개시일의 전일 이전에 여성3대암으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제11조【여성3대암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "여성3대암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(여성3대암분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 여성3대암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 여성3대암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 여성3대암진단서(여성3대암 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
여성3대암 치료보험금	암보장개시일 이후에 최초의 여성3대암으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

여 성 3 대 암 분 류 표

약관에 규정하는 여성3대암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 유방의 악성신생물	C50
2. 외음의 악성신생물	C51
3. 질의 악성신생물	C52
4. 자궁목의 악성신생물	C53
5. 자궁체의 악성신생물	C54
6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물	C55
7. 난소의 악성신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물	C57
9. 태반의 악성신생물	C58

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

항암치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "암보장개시일"이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1. "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 방사선치료자금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 방사선치료를 받았을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
3. 항암약물치료자금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【방사선치료의 정의】
이 특약에 있어서 "방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 보험대상자(피보험자)에게 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 위하여 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 방사선으로 치료하는 것을 말합니다.

제14조【항암약물치료의 정의】
이 특약에 있어서 "항암약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 보험대상자(피보험자)에게 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제16조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서 (방사선치료증명서, 항암약물치료증명서, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호 또는 제*호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
		구분 / 경과기간	암	기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
방사선 치료자금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 방사선치료를 받았을 때 (암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 각각 최초 1회한 한함)	1년미만 2년미만 2년이상	30만원 70만원 100만원	6만원 14만원 20만원
항암약물 치료자금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 각각 최초 1회한 한함)	1년미만 2년미만 2년이상	30만원 70만원 100만원	6만원 14만원 20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료		

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

뇌출혈치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1“보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 뇌출혈치료보험금 : 최초의 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 뇌출혈로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 뇌출혈치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 뇌출혈으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 뇌출혈진단서(뇌출혈 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
뇌출혈 치료보험금	최초의 뇌출혈로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

급성심근경색증치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1"보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 급성심근경색증치료보험금 : 최초의 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 급성심근경색증치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 급성심근경색증 진단서(급성심근경색증 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
급성심근경색증 치료보험금	최초의 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

중증간경화치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1"보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증간경화치료보험금 : 최초의 중증간경화로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 중증간경화로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중증간경화치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 중증간경화로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【중증간경화의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "중증간경화"라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.
1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.
3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.
② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함)등
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
중증간경화 치료보험금	최초의 중증간경화로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

중증신부전증치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1“보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증신부전증치료보험금 : 최초의 중증신부전증으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 중증신부전증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중증신부전증치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 중증신부전증으로 진단확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【중증신부전증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중증신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제4차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.
② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함)등
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
중증신부전증 치료보험금	최초의 중증신부전증으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

중증폐질환치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1“보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중증폐질환치료보험금 : 최초의 중증폐질환으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 중증폐질환으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중증폐질환치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 중증폐질환으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【중증폐질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중증폐질환”이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.
1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하
2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하
② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 진단서(병명기입), 진료기록부(검사기록지 포함)등
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
중증폐질환 치료보험금	최초의 중증폐질환으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

중대한 화상 및 부식 치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제11조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제11조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1“보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중대한화상및부식치료보험금: 최초의 중대한 화상 및 부식으로 진단이 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【중대한 화상 및 부식의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중대한 화상 및 부식”이라 함은 “9의 법칙(Rule of 9's)” 또는 “룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)”에 의해 측정된 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다.
② 중대한 화상 및 부식의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정하는

국외의 의료기관의 의사(한의사 및 치과의사 제외)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제10조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제11조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제12조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함)등
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제13조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
중대한화상및부식 치료보험금	최초의 중대한 화상 및 부식으로 진단이 확정되었을 때 (1회에 한함)	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

3대질병치료보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1"보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 3대질병치료보험금 : 최초의 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회에 한하여 지급함)

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 3대질병치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "경계성 종양"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【뇌출혈의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표5(뇌출혈분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 뇌출혈의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제14조【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표6(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 급성심근경색증의 진단 확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는, 동 조항에서 규정한 의사가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제16조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단서(단, 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 진단 확정의 경우)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
		구분 / 경과기간	암, 뇌출혈, 급성심근경색증	기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
3대질병 치료보험금	최초의 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회 한)	1년미만	300만원	90만원
		2년미만	700만원	210만원
		2년이상	1,000만원	300만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료		

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

[별표5]

뇌 출 혈 분 류 표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

급 성 심 근 경 색 증 분 류 표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

중대질병치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1“보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 중대질병치료보험금 : 최초의 중대질병으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 사망하고, 그 후에 중대질병으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중대질병치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 중대질병으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니합니다.

제10조【중대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “중대질병”이라 함은 별표2(중대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “중증간경화”, “중증신부전증”, “중증폐질환”을 말합니다.
②중대질병의 진단확정은 별표2(중대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 기준에 따릅니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 진단서(병명기입, 진료기록부(검사기록지 포함))
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
중대질병 치료보험금	최초의 중대질병으로 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표2]

중대질병의 정의 및 진단확정

1. 암

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음의 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 병리학적으로 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential), 상피내암(carcinoma in-situ) 및 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우에는 보장하지 아니합니다.

③ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

2. 뇌 출 혈

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

3. 급성심근경색증

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 전문의 자격증을 가진 자가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. 중증간경화

① 이 특약에 있어서 “중증간경화”라 함은 영구적인 황달이 있으면서 지속적인 복수 또는 간성혼수가 존재하는 간경화를 말합니다.

1. 영구적인 황달이란 혈청 빌리루빈이 지속적으로 3.0(mg/dL) 초과하는 경우를 말합니다.
2. 지속적인 복수란 이학적 소견, 복수 천자, 영상검사에 의해 1개월 이상 지속된 복수가 존재하는 것을 말합니다.
3. 간성혼수란 이학적 검사와 뇌파검사를 기초로 한 간성뇌기능 장애가 반복되는 상태를 말합니다.

② 중증간경화의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

5. 중증신부전증

① 이 특약에 있어서 “중증신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제4차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

② 중증신부전증의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

6. 중증폐질환

① 이 특약에 있어서 “중증폐질환”이라 함은 만성호흡부전을 일으키는 폐질환이 악화된 상황으로서 다음의 두가지 기준에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 단, 동맥혈 가스검사(ABGA) 및 폐기능 검사는 그 성질상 변동하기 쉬운 것이기 때문에 폐질환의 경과 중에 있어서 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여야 합니다.

1. 평상시 안정상태에서의 동맥혈 가스검사(ABGA)에서 동맥혈 산소분압(PaO2)이 60mmHg 이하
2. 평상시 폐기능 검사에서 1초에 최대로 호기할 수 있는 폐기량(FEV1.0)이 정상예측치의 30%이하

② 중증폐질환의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 체신관서가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 합니다.

(6) 골절관련특약

재해골절보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해골절급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 골절상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절급부금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절급부금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제10조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 “골절”이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(골절진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해골절급부금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아의 파절 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

교통재해골절특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해골절급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 골절상태가 되었을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생

한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 동일한 교통재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 교통재해골절급부금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 교통재해골절급부금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특약에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제10조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 "골절"이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(골절(치아의 파절 제외)분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(골절진단서,교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해골절급부금	교통재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

골절(치아의 파절 제외)분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행) 중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아의 파절 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

재해골절수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해골절수술급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)로 인하여 골절상태가 되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 재해골절수술급부금의 경우, 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절수술을 받은 경우에는 재해골절수술급부금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절수술급부금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

제10조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 “골절”이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(골절분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제11조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 재해로 인한 골절의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(골절진단서, 수술증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해골절 수술급부금	재해로 인하여 골절상태가 되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

골절분류표

약관에 규정하는 골절은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

깁스치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 깁스치료자금 : 별표3(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “재해”라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내

에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 깁스치료자금의 경우, 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상의 깁스(Cast)치료를 받은 경우라도 깁스치료자금은 1회만 지급합니다.

제10조【깁스(Cast)치료의 정의】
이 특약에 있어서 "깁스(Cast)치료"라 함은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다. "부목(Splint Cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(깁스치료증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
깁스치료자금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때 (사고 1회당)	20만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

교통재해골절수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해골절수술급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 골절상태가 되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.

② 교통재해골절수술급부금의 경우, 동일한 교통재해로 인하여 두 가지 이상의 골절수술을 받은 경우에는 교통재해골절수술급부금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 교통재해골절수술급부금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특약에서 “동일한 교통재해”의 경우 하나의 교통사고로 인한 재해를 말합니다.

제10조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 “골절”이라 함은 외력에 의해 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 별표3(골절분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제11조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 골절의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(골절진단서, 수술증명서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해골절 수술급부금	교통재해로 인하여 골절상태가 되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

[별표3]

골절분류표

약관에 규정하는 골절은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2007-4호, 2008. 1. 1시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넙적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

(7) 통원관련특약

통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 통원급부금 : 별표3(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 “질병 또는 재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제10조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(통원증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
통원급부금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
  - 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
  - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
  - 식량결핍(X53)
  - 수분결핍(X54)
  - 상세불명의 결핍(X57)
  - 고의적 자해(X60~X84)
  - "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

재해통원보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 재해통원급부금 : 별표2(재해분류표)에서 정하는 재해(이하 "재해"라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일로부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 재해통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 재해통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제10조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(통원증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해통원급부금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

교통재해통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 교통재해통원급부금 : 별표2(교통재해분류표)에서 정하는 재해(이하 “교통재해”라 합니다)로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 보험대상자(피보험자)에게 교통재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 교통재해일로부터 2년 이내에 그 교통재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
② 교통재해통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 교통재해통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제10조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 교통재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(통원증명서, 교통재해사고인 경우 교통재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해통원급부금	교통재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

교 통 재 해 분 류 표

1. 이 보험에서 교통재해라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
   가. 운행 중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함함)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   나. 운행 중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말함)에 있는 동안 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고
   다. 도로통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙하물로 인하여 보험대상자(피보험자)가 입은 불의의 사고

2. 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
   가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 엘리베이터 및 에스컬레이터 등
   나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
   다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함함) 등

3. 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상을 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.

4. 제1호 “가” 또는 “나”에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 보험대상자(피보험자)의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.

5. 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함함)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

암통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 단, 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암에 대한 보장개시일은 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 하며, 체신관서는 그 날로부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 15세 미만인 경우 및 제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일인 경우에는 보험계약일을 암보장개시일로 합니다.
④ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약의 무효】
보험대상자(피보험자)가 보험계약일로부터 암보장개시일 전일 이전에 제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 이 특약의 보험료를 돌려 드립니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제16조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제16조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항 내지 제3항의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 암통원급부금 : 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 통원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
암통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 암통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제11조【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 암 및 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【상피내암의 정의 및 진단확정】
① 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표3(상피내의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【경계성 종양의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표4(행동양식 불명 또는 미상의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제16조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(암・기타피부암・상피내암 또는 경계성 종양 진단서, 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
암통원급부금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 통원하였을 때 (통원1회당)	암 : 5만원 기타피부암 : 1만5천원 상피내암 : 1만5천원 경계성 종양 : 1만5천원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

대상이 되는 악성신생물분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외합니다.

[별표3]

상피내의 신생물분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

3대질병통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다. (별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 3대질병통원급부금 : 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
3대질병통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 3대질병통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제10조【3대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “3대질병”이라 함은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “상피내암”, “경계성종양”, “기타피부암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”을 말합니다.
② 3대질병의 진단확정은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 기준에 따릅니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 3대질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
3대질병통원급부금	3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	암· 뇌출혈· 급성심근경색증 : 1만원 기타피부암·상피내암·경계성 종양 : 3천원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

3대질병의 정의 및 진단확정

1. 암

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음의 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)은 제외합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 - C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
피부의 악성 흑색종	C43
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
유방의 악성신생물	C50
5. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
요로의 악성신생물	C64 - C68
6. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 - C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 - C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식성 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 림프종모양 구진증	L41.2

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 악관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

2. 기타피부암

① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 기타피부암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적인 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. 상피내암

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 상 피 내 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내의 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적인 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

4. 경계성종양

① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

주) 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(분류번호 D47.1) 및 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3)은 9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 혈액(hemic system)검사 또는 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적인 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. 뇌출혈

① 이 특약에 있어서 “뇌출혈”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 보험대상자(피보험자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

6. 급성심근경색증

① 이 특약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 보험대상자(피보험자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없을 경우에는 전문의 자격증을 가진 자가 부검소견서 또는 사망이전의 병력을 근거로 보험대상자(피보험자)의 사인을 급성심근경색증으로 판단한 경우 이를 확정진단으로 인정합니다. 이 경우에 보험대상자(피보험자)의 병력은 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

질병통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 질병통원급부금 : 별표2(질병분류표)에서 정하는 질병(이하 “질병”이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
질병통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 질병통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제10조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
질병통원급부금	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

질 병 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 해당하는 질병은 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-R99, U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

당뇨병통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 당뇨병통원급부금 : 당뇨병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
당뇨병통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 당뇨병통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제9조【당뇨병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “당뇨병”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(당뇨병분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 당뇨병의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 당뇨병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
당뇨병 통원급부금	당뇨병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

당 뇨 병 분 류 표

약관에 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

담 보 대 상	분류번호
1. 인슐린-의존 당뇨병	E10
2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

성인주요질환통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성인주요질환통원급부금 : 성인주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
성인주요질환통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 성인주요질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제9조【성인주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “성인주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성인주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성인주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성인주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성인주요질환 통원급부금	성인주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 인 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성인주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스 심장질환	I05~I09
	허혈성심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성궤양	K27
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
결핵	결핵	A15~A19
	결핵의 후유증	B90
콩팥기능상실(신부전)	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
죽상경화증	죽상경화증	I70

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

여성주요질환통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 여성주요질환통원급부금 : 여성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
여성주요질환통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 여성주요질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제9조【여성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “여성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(여성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 여성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 여성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
여성주요질환 통원급부금	여성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

여 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 여성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
양성 신생물	양성 신생물	D10~D36
유방의 장애	유방의 장애	N60~N64
여성 골반내 장기의 염증성 질환	여성 골반내 장기의 염증성 질환	N70~N77
여성생식기의 비염증성 장애	자궁내막증	N80
	여성 생식기 탈출	N81
	여성 생식기를 포함한 샛길(누공)	N82
	난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
	여성 생식기의 폴립	N84
	경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁목의 미란 및 외반증	N86
	자궁목의 형성이상	N87
	자궁목의 기타 비염증성 장애	N88
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
비뇨생식기계통의 기타장애	비뇨생식기계통의 기타장애	N99
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	성인성 골연화증	M83
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

남성주요질환통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 남성주요질환통원급부금 : 남성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
남성주요질환통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 남성주요질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제9조【남성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “남성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(남성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 남성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 남성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
남성주요질환 통원급부금	남성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

남 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 남성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 사구체질환	N00~N08
2. 세뇨관-사이질성 질환	N10~N16
3. 요로결석증	N20~N23
4. 콩팥(신장) 및 요관의 기타장애	N25~N29
5. 비뇨기계통의 기타질환	N30~N37, N39
6. 남성생식기관의 질환	N40~N51

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

성장기주요질환통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 성장기주요질환통원급부금 : 성장기주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
성장기주요질환통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 성장기주요질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제9조【성장기주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “성장기주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(성장기주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 성장기주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 성장기주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
성장기주요질환 통원급부금	성장기주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

성 장 기 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 성장기주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
아토피 피부염	아토피 피부염	L20
가운데귀 및 꼭지돌기의 질환	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
만성 굴염	만성 굴염	J32
급성상기도 감염	급성상기도 감염	J00~J06
결핵	결핵	A15~A19
바이러스 간염	바이러스 간염	B15~B19
중추신경계통의 염증성 질환	중추신경계통의 염증성 질환	G00~G09
간질	간질	G40
	간질 지속상태	G41
결막의 장애	결막의 장애	H10,H11,H13
만성기관지염	단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
충수의 질환	충수의 질환	K35~K38
헤르니아 및 장폐색	헤르니아	K40~K46
	헤르니아가 없는 마비성 장폐색증 및 창자폐쇄	K56
당뇨병	당뇨병	E10~E14

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

노인성주요질환통원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 노인성주요질환통원급부금 : 노인성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
노인성주요질환통원급부금의 경우 검사, 투약 등도 치료행위로 인정합니다. 다만, 노인성주요질환통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제9조【노인성주요질환의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “노인성주요질환”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표2(노인성주요질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 노인성주요질환의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 노인성주요질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 통원증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
노인성주요질환 통원급부금	노인성주요질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

노 인 성 주 요 질 환 분 류 표

약관에 규정하는 노인성주요질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명		분류번호
당뇨병	당뇨병	E10~E14
고혈압성 질환	고혈압성 질환	I10,I11,I12,I13,I15
허혈성 심장 질환	허혈성 심장 질환	I20~I25
기타 심장질환	급성 류마티스 열	I00~I02
	만성 류마티스 심장 질환	I05~I09
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
뇌혈관 질환	대뇌혈관 질환	I60~I69
콩팥(신장)기능상실	콩팥(신장)기능상실	N17~N19
간질환	바이러스 간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
	폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
천식	천식	J45
	천식 지속 상태	J46
갑상샘의 장애	갑상샘의 장애	E00~E07
담석증	담석증	K80
담낭염	담낭염	K81
백내장	노년 백내장	H25
	기타 백내장	H26
	달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타장애	H28
녹내장	녹내장	H40~H42
관절염	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발성 관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절 장애	M20~M25
	전신 홍반성 루푸스	M32
	피부다발근육염	M33
	전신경화증	M34
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	뼈 연속성의 장애	M84

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(8) 의료실비관련특약

무배당 공무원입원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 별표1(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병또는 재해"라 합니다)로 인하여 입원하여 제12조【입원의료비보장비용의 정의 및 범위】에서 정한 입원의료비보장비용이 발생하였을 때 다음의 금액을 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 입원의료비보장급부금으로 지급합니다.

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

입원의료비보장비용(1회 입원당)	지 급 액
1,000만원 이하	입원의료비보장비용 전액
1,000만원 초과	1,000만원

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 입원의료비보장급부금은 보험계약일로부터 보험기간이 끝나는 날까지 발생한 입원의료비보장비용에 한하여 지급합니다.
② 동일 질병 또는 재해로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원의료비보장급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제11조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다) 또는 조산사의 면허를 가진 자에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원, 의원, 조산원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사 또는 조산사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【입원의료비보장비용의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "입원의료비보장비용"이라 함은 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 제11조【입원의 정의와 장소】에서 정한 입원을 하여 국민건강보험법상 보험급여가 발생한 의료비 중 다음의 비용을 말합니다.
1. 입원의료비 중 보험급여부분 본인부담금 전액. 단, 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법시행령 제22조【비용의 본인부담】제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다. 국민건강보험법의 변경에 따라 환급 기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따릅니다.
2. 입원의료비 중 보험급여부분에 해당되지 않는 입원의료비의 전액(다만, 입원병실료는 국민건강보험법에서 정한 기준병실료 기준으로 보상하며, 실제 사용병실료가 이를 초과하는 경우 그 차액의 50%만 보상하여 드립니다)
② 제1항의 규정에 불구하고 다음 사항은 입원의료비보장비용에서 제외합니다.
1. 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 치과병원, 치과의원, 한방병원 또는 한의원에 입원하여 발생한 보험급여부분에 해당되지 않는 의료비
2. 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
3. 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 환각제의 복용 및 사용으로 인하여 입원한 경우
4. 단순한 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정·요양치료비
5. 주근깨, 다모(多毛), 무모(無毛), 백모증(白毛症), 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환
6. 발기부전(impotence), 불감증, 성기내 삽입술, 생식기의 선천성 기형 및 질병을 동반하지 않은 단순포경(phimosis) 등의 비뇨생식기 질환
7. 검열반 등 안과질환, 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 안경·콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정수술
8. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방성형술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 및 비만치료비
9. 청력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 외모개선 목적의 악안면 교정수술 및 교정치료, 외모개선 목적의 반흔제거술
10. 질병이나 재해를 원인으로 하지 않는 건강진단 및 예방접종
11. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
12. 불법유산, 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사, 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용, 친자확인을 위한 진단
13. 보험급여가 전혀 발생하지 않는 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여비용 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품, 보신용 투약비용
14. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 입원의료비(다만, 제1항의 규정에 따라 발생한 입원의료비보장비용은 보상하여 드립니다)
15. 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
16. MRI 비용 중 비급여 부분(보건복지부 장관이 정하여 고시한 "MRI세부산정기준"의 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우를 말합니다)
③ 제2항에서 정하고 있는 보상대상 제외사항 이외의 사항으로 진료를 받는 과정 중 제2항에서 정하고 있는 사항의 진료로 인해 발생한 의료비가 있는 경우에는 그 부분에 대해서도 보상대상에서 제외됩니다.

제13조【중복보험의 처리】
제12조【입원의료비보장비용의 정의 및 범위】제1항의 입원의료비보장비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 입원의료비보장비용을 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 특약에 따른 입원의료비보장비용에 이 특약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 입원의료비보장급부금으로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.

3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원의료비보장급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리된 입원의료비와 관련한 승인결정서 또는 불승인통보서
4. 재직증명서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
6. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원, 의원 또는 조산원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우 그 병원, 의원 또는 조산원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원, 의원, 조산원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제16조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 치과병원, 치과의원, 한방병원 또는 한의원에 입원하여 발생한 보험급여부분에 해당되지 않는 의료비
② 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
③ 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 환각제의 복용 및 사용으로 인하여 입원한 경우
④ 단순한 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정·요양치료비
⑤ 주근깨, 다모(多毛), 무모(無毛), 백모증(白毛症), 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑥ 발기부전(impotence), 불감증, 성기내 삽입술, 생식기의 선천성 기형 및 질병을 동반하지 않은 단순포경(phimosis) 등의 비뇨생식기 질환
⑦ 검열반 등 안과질환, 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 안경·콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정수술
⑧ 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방성형술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 및 비만치료비
⑨ 청력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 외모개선 목적의 악안면 교정수술 및 교정치료, 외모개선 목적의 반흔제거술
⑩ 질병이나 재해를 원인으로 하지 않는 건강진단 및 예방접종
⑪ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
⑫ 불법유산, 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사, 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용, 친자확인을 위한 진단
⑬ 보험급여가 전혀 발생하지 않는 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여비용 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품, 보신용 투약비용
⑭ 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 입원의료비.(다만, 제12조 제1항의 규정에 따라 발생한 입원의료비보장비용은 보상하여 드립니다)
⑮ 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
⑯ MRI 비용 중 비급여 부분(보건복지부 장관이 정하여 고시한 “MRI세부산정기준”의 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우를 말합니다)

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 공무원통원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 별표1(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인하여 통원하여 제12조【통원의료비보장비용의 정의 및 범위】에서 정한 통원의료비보장비용이 발생하였을 때에는 1일당 5천원을 공제한 금액을 보험가입금액을 한도로 하여 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통원의료비보장급부금으로 지급합니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 통원의료비보장급부금은 보험계약일로부터 보험기간이 끝나는 날까지 발생한 통원의료비보장비용에 한하여 지급합니다.
② 동일 질병 또는 재해로 인한 통원이라도 통원의료비보장급부금이 지급된 최종통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원은 새로운 질병 또는 재해로 간주하여 보상하여 드립니다.

제11조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다) 또는 조산사의 면허를 가진 자에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원, 의원, 조산원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하지 아니하고 의사 또는 조산사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조【통원의료비보장비용의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "통원의료비보장비용"이라 함은 보험대상자(피보험자)가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 제11조【통원의 정의와 장소】에서 정한 통원을 하여 국민건강보험법상 보험급여가 발생한 의료비 중 다음의 비용을 말합니다.
1. 외래의료비 중 보험급여부분 본인부담금 전액. 단, 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법시행령 제22조【비용의 본인부담】제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다. 국민건강보험법의 변경에 따라 환급 기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따릅니다.
2. 외래의료비 중 보험급여부분에 해당되지 않는 외래의료비 전액
3. 의사의 처방에 의한 약국 조제료 및 약제비

② 제1항의 규정에 불구하고 다음 사항은 통원의료비보장비용에서 제외합니다.
1. 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 치과병원, 치과의원, 한방병원 또는 한의원에 통원하여 발생한 보험급여부분에 해당되지 않는 의료비
2. 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
3. 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 환각제의 복용 및 사용으로 인하여 통원한 경우
4. 단순한 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정·요양치료비
5. 주근깨, 다모(多毛), 무모(無毛), 백모증(白毛症), 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환
6. 발기부전(impotence), 불감증, 성기내 삽입술, 생식기의 선천성 기형 및 질병을 동반하지 않은 단순포경(phimosis) 등의 비뇨생식기 질환
7. 검열반 등 안과질환, 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 안경·콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정수술
8. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방성형술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 및 비만치료비
9. 청력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 외모개선 목적의 악안면 교정수술 및 교정치료, 외모개선 목적의 반흔제거술
10. 질병이나 재해를 원인으로 하지 않는 건강진단 및 예방접종
11. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
12. 불법유산, 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사, 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용, 친자확인을 위한 진단
13. 보험급여가 전혀 발생하지 않는 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여비용 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품, 보신용 투약비용
14. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 통원의료비(다만, 제1항의 규정에 따라 발생한 통원의료비보장비용은 보상하여 드립니다)
15. 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
16. MRI 비용 중 비급여 부분(보건복지가족부 장관이 정하여 고시한 "MRI세부산정기준"의 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우를 말합니다)

③ 제2항에서 정하고 있는 보상대상 제외사항 이외의 사항으로 진료를 받는 과정 중 제2항에서 정하고 있는 사항의 진료로 인해 발생한 의료비가 있는 경우에는 그 부분에 대해서도 보상대상에서 제외됩니다.

제13조【중복보험의 처리】
제12조【통원의료비보장비용의 정의 및 범위】제1항의 통원의료비보장비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 통원의료비보장비용을 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 특약에 따른 통원의료비보장비용에 이 특약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 통원의료비보장급부금으로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 통원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 통원의료비보장급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리된 입원의료비와 관련한 승인결정서 또는 불승인통보서
4. 재직증명서
5. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
6. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원, 의원 또는 조산원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우 그 병원, 의원 또는 조산원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원, 의원, 조산원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제16조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 치과병원, 치과의원, 한방병원 또는 한의원에 통원하여 발생한 보험급여부분에 해당되지 않는 의료비
② 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
③ 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 환각제의 복용 및 사용으로 인하여 통원한 경우
④ 단순한 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정·요양치료비
⑤ 주근깨, 다모(多毛), 무모(無毛), 백모증(白毛症), 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환
⑥ 발기부전(impotence), 불감증, 성기내 삽입술, 생식기의 선천성 기형 및 질병을 동반하지 않은 단순포경(phimosis) 등의 비뇨생식기 질환
⑦ 검열반 등 안과질환, 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 안경·콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정수술
⑧ 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방성형술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 및 비만치료비
⑨ 청력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술, 외모개선 목적의 악안면 교정수술 및 교정치료, 외모개선 목적의 반흔제거술
⑩ 질병이나 재해를 원인으로 하지 않는 건강진단 및 예방접종
⑪ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
⑫ 불법유산, 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사, 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용, 친자확인을 위한 진단
⑬ 보험급여가 전혀 발생하지 않는 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여비용 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품, 보신용 투약비용
⑭ 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법(공무원연금법 포함) 등 국민건강보험법 이외의 법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 통원의료비.(다만, 제12조 제1항의 규정에 따라 발생한 통원의료비보장비용은 보상하여 드립니다)
⑮ 보험대상자(피보험자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
⑯ MRI 비용 중 비급여 부분(보건복지가족부 장관이 정하여 고시한 “MRI세부산정기준”의 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우를 말합니다)

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

입원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 별표1(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외)(이하 "병원" 이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "실손의료비"라 함은 입원으로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제2호를 합한 금액으로 병원에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다)중 본인부담금
2. 요양급여분에 해당되지 않는 의료비
② 제1항에도 불구하고 이 계약에서 "보상대상의료비"란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
   가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
   나. 치질(I84)
   다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
      항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
      항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
      항문 및 직장의 기타 질환(K62)
      비뇨기계통의 기타 장애(N39)
   라. 비만(E66)
   마. 여성생식기의 비염증성 장애
      습관성 유산자(N96)
      여성 불임증(N97)
      인공 수정과 관련된 합병증(N98)
   바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
   사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
   나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
6. 질병 또는 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
7. 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
8. 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
   가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
   다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
10. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 100%[단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여분에 해당되지 않는 병실료는 「실제입원병실(특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 함)」과 해당 요양기관의 급여 대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하"상급병실 차액"이라 합니다)의 50%를 지급]를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 입원의료비로 지급하여 드리며, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 이 계약에서 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
③ 입원의료비의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 입원의료비를 기준으로 적용합니다.
④ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액을 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등 이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원 기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
⑥ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
⑦ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항 및 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】에도 불

구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원으로 인하여 병원에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비의 40% 해당액을 지급하여 드립니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비 및 지급한도 등에 대해서는 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제2항, 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】및 제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.

1. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제13조【다수보험의 처리】

입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약(생명보험, 손해보험, 공제포함)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 보상대상의료비를 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 계약에 따른 보상대상의료비에 이 계약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 입원의료비로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급받은 것이어야 합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음에 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류표에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
② 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
③ 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
 가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
 나. 치질(I84)
 다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
  항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
  항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
  항문 및 직장의 기타 질환(K62)
  비뇨기계통의 기타 장애(N39)
 라. 비만(E66)
 마. 여성생식기의 비염증성 장애
  습관성 유산자(N96)
  여성 불임증(N97)
  인공 수정과 관련된 합병증(N98)
 바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
 사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
④ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
 가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
 나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
⑤ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
⑥ 질병 또는 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
⑦ 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
⑧ 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
⑨ 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
 가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
 나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
 다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
⑩ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

통원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【"통원"의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다) 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 "약사"라 합니다)에 의하여 별표1(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외)(이하 "병원" 이라 합니다)에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말하며, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 "약국"이라 합니다)의 약사가 조제하는 처방조제를 포함합니다.

제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "실손의료비"라 함은 통원으로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다)중 본인부담금
2. 요양급여분에 해당되지 않는 의료비
3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비

② 제1항에도 불구하고 이 계약에서 "보상대상의료비"란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
   가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
   나. 치질(I84)
   다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
      항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
      항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
      항문 및 직장의 기타 질환(K62)
      비뇨기계통의 기타 장애(N39)
   라. 비만(E66)
   마. 여성생식기의 비염증성 장애
      습관성 유산자(N96)
      여성 불임증(N97)
      인공 수정과 관련된 합병증(N98)
   바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
   사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
   나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
6. 질병 또는 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
7. 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
8. 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
   가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
   다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
10. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 100%를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통원의료비로 지급하여 드리며, 통원 1회당 10만원 한도로 1일 1회에 한합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 이 계약에서 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
③ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액을 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등 이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
④ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 통원 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
⑤ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
⑥ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항 및 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 통원으로 인하여 병원 또는 약국에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 공제금액을 차감)의 40% 해당액을 지급하여 드립니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는

제10조【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】제2항, 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】및 제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항 내지 제5항의 규정을 준용합니다.
1. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제13조【다수보험의 처리】
통원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약(생명보험, 손해보험, 공제포함)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 보상대상의료비를 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 계약에 따른 보상대상의료비에 이 계약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 통원의료비로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서(통원일자별 의료비 명기), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원, 약국에서 발급받은 것이어야 합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

질병 및 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음에 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류표에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
② 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
③ 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
나. 치질(I84)
다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
항문 및 직장의 기타 질환(K62)
비뇨기계통의 기타 장애(N39)
라. 비만(E66)
마. 여성생식기의 비염증성 장애
습관성 유산자(N96)
여성 불임증(N97)
인공 수정과 관련된 합병증(N98)
바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
④ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
⑤ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
⑥ 질병 또는 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
⑦ 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
⑧ 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
⑨ 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
⑩ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

재해입원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외)(이하 “병원” 이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 “실손의료비”라 함은 입원으로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제2호를 합한 금액으로 병원에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다)중 본인부담금
2. 요양급여분에 해당되지 않는 의료비

② 제1항에도 불구하고 이 계약에서 “보상대상의료비”란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
   나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
5. 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
6. 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
7. 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
8. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
   가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
   다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
9. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 100%[단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여분에 해당되지 않는 병실료는 「실제입원병실(특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 함)」과 해당 요양기관의 급여 대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하“상급병실 차액”이라 합니다)의 50%를 지급]를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 재해입원의료비로 지급하여 드리며, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 이 계약에서 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
③ 재해입원의료비의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 재해입원의료비를 기준으로 적용합니다.
④ 제10조【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액을 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등 이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
⑤ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원 기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 재해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
⑥ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
⑦ 제10조【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】제1항 및 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원으로 인하여 병원에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비의 40% 해당액을 지급하여 드립니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비 및 지급한도 등에 대해서는 제10조【“실손의료비” 및 “보상대상의료비”의 정의 및 범위】제2항, 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】 및 제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.
1. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제13조【다수보험의 처리】
재해입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약(생명보험, 손해보험, 공제포함)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 보상대상의료비를 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 계약에 따른 보상대상의료비에 이 계약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 재해입원의료비로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급받은 것이어야 합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

재해분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음에 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00 ~ Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류표에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
② 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
③ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
④ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
라. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
⑤ 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
⑥ 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
⑦ 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
⑧ 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
⑨ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

재해통원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【"통원"의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다) 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 "약사"라 합니다)에 의하여 별표1(재해분류표)에서 정하는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외)(이하 "병원" 이라 합니다)에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말하며, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 "약국"이라 합니다)의 약사가 조제하는 처방조제를 포함합니다.

제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "실손의료비"라 함은 통원으로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다)중 본인부담금
2. 요양급여분에 해당되지 않는 의료비
3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비
② 제1항에도 불구하고 이 계약에서 "보상대상의료비"란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
   나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
5. 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
6. 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
7. 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
8. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
   가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
   다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
9. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 재해로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 100%를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 재해통원의료비로 지급하여 드리며, 통원 1회당 10만원 한도로 1일 1회에 한합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 이 계약에서 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.
③ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액을 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등 이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
④ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 통원 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 재해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
⑤ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
⑥ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항 및 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 통원으로 인하여 병원 또는 약국에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 공제금액을 차감)의 40% 해당액을 지급하여 드립니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제2항, 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】및 제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항 내지 제5항의 규정을 준용합니다.
1. 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제13조【다수보험의 처리】
재해통원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약(생명보험, 손해보험, 공제포함)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 보상대상의료비를 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 계약에 따른 보상대상의료비에 이 계약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 재해통원의료비로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정

을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서(통원일자별 의료비 명기), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원, 약국에서 발급받은 것이어야 합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

재해분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음에 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류표에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
② 자동차보험, 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
③ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
④ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
라. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
⑤ 재해를 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
⑥ 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
⑦ 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
⑧ 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
⑨ 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 사고로 발생한 의료비

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

질병입원의료비보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 별표1(질병분류표)에서 정하는 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외)(이하 "병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "실손의료비"라 함은 입원으로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제2호를 합한 금액으로 병원에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다)중 본인부담금
2. 요양급여분에 해당되지 않는 의료비
② 제1항에도 불구하고 이 계약에서 "보상대상의료비"란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
   가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
   나. 치질(I84)
   다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
      항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
      항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
      항문 및 직장의 기타 질환(K62)
      비뇨기계통의 기타 장애(N39)
   라. 비만(E66)
   마. 여성생식기의 비염증성 장애
      습관성 유산자(N96)
      여성 불임증(N97)
      인공 수정과 관련된 합병증(N98)
   바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
   사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
   나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
6. 질병을 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
7. 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
8. 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
   가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
   다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때 그 금액의 100%[단, 입원하여 발생한 보상대상의료비의 병실료 중 요양급여분에 해당되지 않는 병실료는 「실제입원병실(특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 함)」과 해당 요양기관의 급여 대상 기준병실의 병실료를 뺀 차액(이하"상급병실 차액"이라 합니다)의 50%를 지급]를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 질병입원의료비로 지급하여 드리며, 합산하여 연간 3,000만원을 한도로 합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 질병입원의료비의 연간 지급한도는 보험금 지급사유 발생일이 매년 계약해당일부터 1년 이내에 해당하는 질병입원의료비를 기준으로 적용합니다.
③ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액을 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등 이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
④ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원 기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
⑤ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
⑥ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항 및 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 입원으로 인하여 병원에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비의 40% 해당액을 지급하여 드립니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비 및 지급한도 등에 대해서는 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제2항, 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】및 제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항 내지 제5항의 규정을 준용합니다.

1. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우
2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제13조【다수보험의 처리】
질병입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약(생명보험, 손해보험, 공제포함)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 보상대상의료비를 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 계약에 따른 보상대상의료비에 이 계약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 질병입원의료비로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급받은 것이어야 합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

질병분류표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 각 호에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류표에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
② 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
③ 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
나. 치질(I84)
다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
항문 및 직장의 기타 질환(K62)
비뇨기계통의 기타 장애(N39)
라. 비만(E66)
마. 여성생식기의 비염증성 장애
습관성 유산자(N96)
여성 불임증(N97)
인공 수정과 관련된 합병증(N98)
바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
④ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
⑤ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
라. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
⑥ 질병을 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
⑦ 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
⑧ 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
⑨ 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘텍트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

질병통원의료비특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【"통원"의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 의료법 제2조(의료인) 규정에 의한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다) 및 약사법 제2조 제2항 규정에 의한 약사의 자격을 가진 자(이하 "약사"라 합니다)에 의하여 별표1(질병분류표)에서 정하는 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 국민건강보험법 제40조(요양기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원(조산원 제외)(이하 "병원" 이라 합니다)에 입실하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말하며, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 병원 및 약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소(이하 "약국"이라 합니다)의 약사가 조제하는 처방조제를 포함합니다.

제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】
① 이 특약에서 "실손의료비"라 함은 통원으로 인하여 국민건강보험법에 따라 발생한 의료비 중 다음의 제1호 내지 제3호를 합한 금액으로 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법상 요양급여(이하 "요양급여"라 합니다)중 본인부담금
2. 요양급여분에 해당되지 않는 의료비
3. 의사의 처방전에 의한 약국 조제료 및 약제비로서 제1호 및 제2호에 해당하는 의료비

② 제1항에도 불구하고 이 계약에서 "보상대상의료비"란 실손의료비 중 다음에서 정한 사항을 제외한 의료비를 말합니다.
1. 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
2. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
3. 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
   가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
   나. 치질(I84)
   다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
      항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
      항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
      항문 및 직장의 기타 질환(K62)
      비뇨기계통의 기타 장애(N39)
   라. 비만(E66)
   마. 여성생식기의 비염증성 장애
      습관성 유산자(N96)
      여성 불임증(N97)
      인공 수정과 관련된 합병증(N98)
   바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
   사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
4. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
   나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
5. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
6. 질병을 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
7. 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
8. 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
9. 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
   가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
   나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
   다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

제11조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 질병으로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 통원에 의한 보상대상의료비가 발생하였을 때 통원 1회당 5,000원을 공제한 금액의 100%를 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 질병통원의료비로 지급하여 드리며, 통원 1회당 10만원 한도로 1일 1회에 한합니다.

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험대상자(피보험자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우 사망한 것으로 봅니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조【실종의 선고】제2항에 준하는 사유로 실종선고를 받은 경우 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 봅니다.
② 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항의 정의에도 불구하고 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액을 보장하지 않습니다. 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 발생하는 경우로는 국민건강보험법 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항의 규정에 의한 본인부담금 상한제 등 이 있습니다. 본인부담금 상한제란, 요양급여 중 본인부담금이 6개월간 200만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 통원 기간 중 의사 또는 약사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
④ 국민건강보험 관련 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 관련 법령 및 규정을 준용합니다.
⑤ 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제1항 및 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】에도 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에는 본인이 통원으로 인하여 병원 또는 약국에 부담한 의료비 중 국민건강보험법의 적용을 받지 못한 의료비(단, 공제금액을 차감)의 40% 해당액을 지급하여 드립니다. 이 경우 보상에서 제외되는 의료비, 공제금액 및 지급한도 등에 대해서는 제10조【"실손의료비" 및 "보상대상의료비"의 정의 및 범위】제2항, 제11조【보험금의 종류 및 지급사유】및 제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】제1항 내지 제6항의 규정을 준용합니다.
1. 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 경우

2. 국민건강보험의 보험료 체납 등으로 인하여 급여가 제한 또는 정지 되었을 경우

제13조【다수보험의 처리】
질병통원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약(생명보험, 손해보험, 공제포함)이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 간주하고 산출한 보상책임액의 합계액이 보상대상의료비를 초과하였을 경우에, 체신관서는 이 계약에 따른 보상대상의료비에 이 계약에서 지급할 보상책임액을 각사 보상책임액의 합계액으로 나눈 비율을 곱한 금액을 질병통원의료비로 지급하여 드립니다.

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 진료비계산서(통원일자별 의료비 명기), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원, 약국에서 발급받은 것이어야 합니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

질병분류표

1. 보장 대상이 되는 질병

다음에 각 호에 해당하는 질병은 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

한국표준질병·사인분류상의 (A00~R99, U00~U49, U80~U89)에 해당하는 질병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류표에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정한 치과병원, 치과의원, 종합병원의 치과 또는 한방병원, 한의원, 요양병원의 한방에서 발생한 비급여 의료비
② 산업재해보험 및 「국민건강보험법 이외의 타 법령」에 의해 보상받은 의료비
③ 다음 각 목에 해당하는 질병으로 인하여 발생한 의료비
가. 정신 및 행동장애(F00-F99)
나. 치질(I84)
다. 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)(K60)
항문 및 직장부의 고름집(농양)(K61)
항문 및 직장의 기타 질환(K62)
비뇨기계통의 기타 장애(N39)
라. 비만(E66)
마. 여성생식기의 비염증성 장애
습관성 유산자(N96)
여성 불임증(N97)
인공 수정과 관련된 합병증(N98)
바. 임신, 출산 및 산후기(O00-O99)
사. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)
④ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 및 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 피로, 권태, 심신허약, 주근깨, 점(모반), 여드름 등
나. 발기부전, 불감증, 단순포경, 단순코골음, 검열반 등
⑤ 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
라. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
⑥ 질병을 치료목적으로 하지 않는 건강검진 및 예방접종, 보조생식술(체내/체외 인공수정 포함), 불임수술 등을 포함한 예방진료비
⑦ 보험대상자(피보험자)의 형법상의 범죄행위, 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우는 제외)로 인하여 발생한 의료비
⑧ 한약재 등의 보신용 투약비용, 영양제, 종합비타민제, 호르몬, 미용치료의 목적이 혼재되어 있는 약제 등 투약비용, 보완 대체의료관련 비용(예 : 스포츠의학 스트레칭, 카이로프락틱, 이완요법, 명상요법, 그림요법, 테이핑요법 등)
⑨ 기타 아래의 경우를 치료하기 위한 의료비
가. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
나. 마약, 습관성 의약품 및 알코올 중독, 환각제의 복용 및 사용
다. 진료와 무관한 경우(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제6차 개정 이후 상기 질병 이외에 추가로 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(9) 출산관련특약

선천이상입원특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 특약체결시 가입한 임신 4개월 이상의 태아로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제14조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제15조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제14조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 선천이상입원급부금 : 선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 선천이상입원급부금은 1회 입원 당 120일을 최고한도로 지급합니다.
② 동일 선천이상으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다. 그러나 동일 선천이상에 의한 입원이라도 선천이상입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제1호의 규정에 따라 계속 선천이상입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 “계속입원기간”이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 체신관서가 이를 인정하는 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

제11조【선천이상의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “선천이상”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표2(선천이상분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
② 선천이상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제12조【입원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 선천이상으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.
③ 보험대상자(피보험자)가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 선천이상입원급부금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제14조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 입원확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제16조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표2]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
선천이상 입원급부금	선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때 (입원일수 1일당)	1만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

선 천 이 상 분 류 표

약관에 규정하는 선천이상으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형	Q00
2. 뇌류	Q01
3. 소두증	Q02
4. 선천 수두증	Q03
5. 뇌의 기타 선천 기형	Q04
6. 척추갈림증	Q05
7. 척수의 기타 선천 기형	Q06
8. 신경계통의 기타 선천기형	Q07
9. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천 기형	Q10
10. 무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
11. 선천 수정체 기형	Q12
12. 전안부의 선천 기형	Q13
13. 후안부의 선천 기형	Q14
14. 눈의 기타 선천 기형	Q15
15. 청력 장애를 유발하는 귀의 선천 기형	Q16
16. 귀의 기타 선천 기형	Q17
17. 얼굴 및 목의 기타 선천기형	Q18
18. 심방실 및 연결의 선천 기형	Q20
19. 심장 중격의 선천 기형	Q21
20. 폐동맥 및 삼첨판의 선천 기형	Q22
21. 대동맥 및 승모판의 선천 기형	Q23
22. 심장의 기타 선천 기형	Q24
23. 대동맥의 선천 기형	Q25
24. 대정맥의 선천 기형	Q26
25. 말초혈관계통의 기타 선천 기형	Q27
26. 순환기계통의 기타 선천 기형	Q28
27. 코의 선천 기형	Q30
28. 후두의 선천 기형	Q31
29. 기관 및 기관지의 선천 기형	Q32
30. 폐의 선천 기형	Q33
31. 호흡기계통의 기타 선천 기형	Q34
32. 입천장갈림증	Q35
33. 입술갈림증	Q36
34. 입술갈림증을 동반한 입천장갈림증	Q37
35. 혀, 입 및 인두의 기타 선천 기형	Q38
36. 식도의 선천 기형	Q39
37. 상부 소화관의 기타 선천 기형	Q40
38. 작은창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
39. 큰창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42
40. 창자의 기타 선천 기형	Q43
41. 쓸개(담낭), 쓸개관(담관) 및 간의 선천 기형	Q44
42. 소화기계통의 기타 선천 기형	Q45
43. 난소, 자궁관 및 넓은인대의 선천 기형	Q50
44. 자궁 및 자궁목의 선천 기형	Q51
45. 여성 생식기의 기타 선천 기형	Q52
46. 정류 고환	Q53
47. 요도하열	Q54
48. 남성 생식기관의 기타 선천 기형	Q55
49. 중성 및 가성 반음양증	Q56
50. 콩팥(신장) 무발생증 및 기타 감소성 결손	Q60
51. 낭성 콩팥(신장)병	Q61
52. 콩팥깔때기의 선천 폐쇄성 결손 및 요관의 선천 기형	Q62
53. 콩팥(신장)의 기타 선천 기형	Q63

대 상 질 병 명	분 류 번 호
54. 비뇨기계통의 기타 선천 기형	Q64
55. 엉덩관절의 선천 변형	Q65
56. 발의 선천 변형	Q66
57. 머리, 얼굴, 척추 및 가슴의 선천 근육골격 변형	Q67
58. 기타 선천 근육골격 변형	Q68
59. 다지증	Q69
60. 합지증	Q70
61. 팔의 감소성 결손	Q71
62. 다리의 감소성 결손	Q72
63. 상세불명 사지의 감소성 결손	Q73
64. 사지의 기타 선천 기형	Q74
65. 머리뼈 및 얼굴뼈의 기타 선천 기형	Q75
66. 척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76
67. 관모양뼈 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골 형성이상	Q77
68. 기타 골연골형성이상	Q78
69. 달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천 기형	Q79
70. 선천 비늘증	Q80
71. 표피 수포증	Q81
72. 피부의 기타 선천 기형	Q82
73. 유방의 선천 기형	Q83
74. 외피의 기타 선천기형	Q84
75. 달리 분류되지 않은 모반증	Q85
76. 달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천 기형 증후군	Q86
77. 다발 기계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천 기형 증후군	Q87
78. 달리 분류되지 않은 기타 선천 기형	Q89
79. 다운 증후군	Q90
80. 에드워즈 증후군 및 파타우 증후군	Q91
81. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
82. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Q93
83. 달리 분류되지 않은 균형성 재배열 및 구조적 표지자	Q95
84. 터너 증후군	Q96
85. 달리 분류되지 않은 여성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q97
86. 달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q98
87. 달리 분류되지 않은 기타 염색체 이상	Q99

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

선천이상수술특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 특약체결시 가입한 임신 4개월 이상의 태아로 합니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 선천이상수술급부금 : 선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제10조【선천이상의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “선천이상”이라 함은 한국표준질병·사인분류의 기본분류 중 별표2(선천이상분류표)에서 정한 질병을

말합니다.
② 선천이상의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【수술의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 선천이상으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 수술(기구를 사용해서 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 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다)받는 경우를 말합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(진단서(병명기입), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
선천이상 수술급부금	선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

[별표2]

선 천 이 상 분 류 표

약관에 규정하는 선천이상으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형	Q00
2. 뇌류	Q01
3. 소두증	Q02
4. 선천 수두증	Q03
5. 뇌의 기타 선천 기형	Q04
6. 척추갈림증	Q05
7. 척수의 기타 선천 기형	Q06
8. 신경계통의 기타 선천기형	Q07
9. 눈꺼풀, 눈물기관 및 안와의 선천 기형	Q10
10. 무안구증, 소안구증 및 대안구증	Q11
11. 선천 수정체 기형	Q12
12. 전안부의 선천 기형	Q13
13. 후안부의 선천 기형	Q14
14. 눈의 기타 선천 기형	Q15
15. 청력 장애를 유발하는 귀의 선천 기형	Q16
16. 귀의 기타 선천 기형	Q17
17. 얼굴 및 목의 기타 선천기형	Q18
18. 심방실 및 연결의 선천 기형	Q20
19. 심장 중격의 선천 기형	Q21
20. 폐동맥 및 삼첨판의 선천 기형	Q22
21. 대동맥 및 승모판의 선천 기형	Q23
22. 심장의 기타 선천 기형	Q24
23. 대동맥의 선천 기형	Q25
24. 대정맥의 선천 기형	Q26
25. 말초혈관계통의 기타 선천 기형	Q27
26. 순환기계통의 기타 선천 기형	Q28
27. 코의 선천 기형	Q30
28. 후두의 선천 기형	Q31
29. 기관 및 기관지의 선천 기형	Q32
30. 폐의 선천 기형	Q33
31. 호흡기계통의 기타 선천 기형	Q34
32. 입천장갈림증	Q35
33. 입술갈림증	Q36
34. 입술갈림증을 동반한 입천장갈림증	Q37
35. 혀, 입 및 인두의 기타 선천 기형	Q38
36. 식도의 선천 기형	Q39
37. 상부 소화관의 기타 선천 기형	Q40
38. 작은창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q41
39. 큰창자의 선천 결여, 폐쇄 및 협착	Q42
40. 창자의 기타 선천 기형	Q43
41. 쓸개(담낭), 쓸개관(담관) 및 간의 선천 기형	Q44
42. 소화기계통의 기타 선천 기형	Q45
43. 난소, 자궁관 및 넓은인대의 선천 기형	Q50
44. 자궁 및 자궁목의 선천 기형	Q51
45. 여성 생식기의 기타 선천 기형	Q52
46. 정류 고환	Q53
47. 요도하열	Q54
48. 남성 생식기관의 기타 선천 기형	Q55
49. 중성 및 가성 반음양증	Q56
50. 콩팥(신장) 무발생증 및 기타 감소성 결손	Q60
51. 낭성 콩팥(신장)병	Q61
52. 콩팥깔때기의 선천 폐쇄성 결손 및 요관의 선천 기형	Q62
53. 콩팥(신장)의 기타 선천 기형	Q63

대 상 질 병 명	분 류 번 호
54. 비뇨기계통의 기타 선천 기형	Q64
55. 엉덩관절의 선천 변형	Q65
56. 발의 선천 변형	Q66
57. 머리, 얼굴, 척추 및 가슴의 선천 근육골격 변형	Q67
58. 기타 선천 근육골격 변형	Q68
59. 다지증	Q69
60. 합지증	Q70
61. 팔의 감소성 결손	Q71
62. 다리의 감소성 결손	Q72
63. 상세불명 사지의 감소성 결손	Q73
64. 사지의 기타 선천 기형	Q74
65. 머리뼈 및 얼굴뼈의 기타 선천 기형	Q75
66. 척추 및 가슴뼈의 선천 기형	Q76
67. 관모양뼈 및 척추의 성장 결손을 동반한 골연골 형성이상	Q77
68. 기타 골연골형성이상	Q78
69. 달리 분류되지 않은 근육골격계통의 선천 기형	Q79
70. 선천 비늘증	Q80
71. 표피 수포증	Q81
72. 피부의 기타 선천 기형	Q82
73. 유방의 선천 기형	Q83
74. 외피의 기타 선천기형	Q84
75. 달리 분류되지 않은 모반증	Q85
76. 달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천 기형 증후군	Q86
77. 다발 기계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천 기형 증후군	Q87
78. 달리 분류되지 않은 기타 선천 기형	Q89
79. 다운 증후군	Q90
80. 에드워즈 증후군 및 파타우 증후군	Q91
81. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분 삼염색체증	Q92
82. 달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Q93
83. 달리 분류되지 않은 균형성 재배열 및 구조적 표지자	Q95
84. 터너 증후군	Q96
85. 달리 분류되지 않은 여성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q97
86. 달리 분류되지 않은 남성의 표현형의 기타 성염색체 이상	Q98
87. 달리 분류되지 않은 기타 염색체 이상	Q99

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

저체중아출산특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 저체중아출산비 : 저체중아를 출산하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
저체중아출산비의 경우 보험대상자(피보험자)가 다태아를 출산하였을 때에는 출생아 각각에 대하여 저체중아에 대한 저체중아출산비를 지급합니다.

제10조【저체중아의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “저체중아”라 함은 출생시의 체중이 1.5kg 이상 2.0kg 미만의 출생아를 말합니다.
② 저체중아의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(출생증명서, 저체중아 출생확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
저체중아출산비	저체중아를 출산하였을 때 (출산아 1인당)	50만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

극소저체중아출산특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 극소저체중아출산비 : 극소저체중아를 출산하였을 때
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
극소저체중아출산비의 경우 보험대상자(피보험자)가 다태아를 출산하였을 때에는 출생아 각각에 대하여 극소저체중아에 대한 극소저체중아출산비를 지급합니다.

제10조【극소저체중아의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에서 “극소저체중아”라 함은 출생시의 체중이 1.5kg 미만의 출생아를 말합니다.
② 극소저체중아의 진단확정은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(출생증명서, 극소저체중아 출생확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
극소저체중아출산비	극소저체중아를 출산하였을 때 (출산아 1인당)	100만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

(10) 간병관련특약

치매치료특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 치매치료자금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 80세만기로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 최초의 치매상태로 최종 진단 확정되었을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 치매치료자금을 지급합니다.(별표1. “보험금지급기준표” 참조)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 “치매상태” 발생시의 진단 후 보험기간이 만료되더라도 진단된 날을 포함하여 90일이상 “치매상태”가 계속되었을 경우에는 치매치료자금을 지급합니다.

제10조【치매상태의 정의와 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “치매상태”라 함은 보험기간 중 발생한 재해(별표2 “재해분류표” 참조) 또는 한국표준질병·사인분류 중 기

질성(器質性) 치매로 분류되는 질병(별표3 "기질성(器質性) 치매분류표" 참조)으로 인하여 "기질성(器質性) 치매(organic dementia)상태"가 되고 이로 인하여 "인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
② 제1항에서 정한 "인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 1996년) 검사 결과가 3점이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때 "CDR척도(1996년)"는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.
③ "치매상태" 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대상자(피보험자)의 "치매상태"가 계속되어 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 "치매상태"로 최종 진단 확정됩니다.
④ 제1항에도 불구하고 "정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애" 및 "알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애"는 보장대상에서 제외합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서("치매상태"에 대한 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
		1년미만	2년미만	2년이상
치매치료자금	최초의 "치매상태"로 최종 진단 확정 되었을 때(1회한)	300만원	700만원	1,000만원

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

(주) ( )안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함합니다.

[별표3]

기 질 성(器質性) 치 매 분 류 표

기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 알츠하이버병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

해 약 환 급 금 예 시 표

■ 일시납 (특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기 기준)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	322,300	203,200	653,800	443,800
3년	322,300	219,100	653,800	477,200
5년	322,300	236,300	653,800	512,600
10년	322,300	285,500	653,800	610,500
15년	322,300	344,700	653,800	720,600
20년	322,300	413,600	653,800	835,100
40년	322,300	0	653,800	0

■ 월 납 (특약보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납 기준)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	24,000	0	46,800	7,000
3년	72,000	32,700	140,400	83,600
5년	120,000	77,300	234,000	164,400
10년	240,000	169,800	468,000	357,500
15년	360,000	281,000	702,000	582,000
20년	480,000	413,600	936,000	835,100
40년	480,000	0	936,000	0

치매치료보장특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제12조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 치매치료보험금 : 최초의 중증치매상태로 최종 진단 확정되었을 때 (단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 “중증치매상태” 발생시의 진단 후 보험기간이 만료되더라도 진단된 날을 포함하여 90일이상 “중증치매상태”가 계속되었을 경우에는 치매치료보험금을 지급합니다.

제10조【"중증치매상태"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서의 “중증치매상태”라 함은 보험기간 중 발생한 재해(별표2 “재해분류표” 참조) 또는 한국표준질병·사인분류 중 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병(별표3 “기질성(器質性) 치매분류표” 참조)으로 인하여 “기질성(器質性) 치매(organic dementia)상태”가 되고 이로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.
② 제1항에서 정한 “인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 1996년) 검사 결과가 3점이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때 “CDR척도(1996년)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.
③ “중증치매상태” 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대상자(피보험자)의 “중증치매상태”가 계속되어 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “중증치매상태”로 최종 진단 확정됩니다.
④ 제1항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.

제11조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우
② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제12조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제13조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(“중증치매상태”에 대한 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제14조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
		경과기간	
치매치료 보험금	최초의 중증치매상태로 최종 진단 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료	

[별표 3-1] 보험종류별 가입요건, 보험료 및 해약환급금

[판매중인 상품]

◆ 무배당 청소년꿈보험

□ 가입요건

보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입주기	가입한도액
18세 만기	만6~15세	일시납	일시납	500만원

□ 보장내용

(보험가입금액 500만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
생존학자금	보험계약일로부터 생존학자금 해당나이의 계약해당일(보험계약일 현재 생존학자금 해당 나이에 해당되는 경우에는 보험계약일을 포함합니다)에 살아있을 때	50만원 (12세부터 17세까지 매년 계약해당일에 지급)	
입원치료자금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 10일 이상 계속 입원하였을 때	10일이상~20일미만	5만원
		20일이상~30일미만	15만원
		30일이상~50일미만	25만원
		50일이상~100일미만	50만원
		100일이상~200일미만	100만원
		200일이상	250만원
유족급부금	사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 때	200만원	
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	200만원	

주) 체신관서는 체신관서가 정한 바에 따라 당해연도 생존학자금을 선지급할 수 있습니다.

□ 보험료표

(보험가입금액 500만원 기준, 18세 만기, 단위 : 원)

가입나이	남자	여자
6세	3,121,850	3,122,700
7세	3,275,850	3,276,050
8세	3,437,850	3,437,600
9세	3,608,050	3,607,400
10세	3,786,850	3,785,800
11세	3,974,650	3,973,250
12세	4,171,900	4,170,150
13세	3,853,950	3,851,900
14세	3,519,550	3,517,350
15세	3,167,900	3,165,800

□ 해약환급금 예시표

(보험가입금액 500만원, 10세, 일시납 기준, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,786,850	3,974,650	3,785,800	3,973,250
3년	3,786,850	3,853,950	3,785,800	3,851,900
5년	3,786,850	3,167,900	3,785,800	3,165,800
8년	3,786,850	2,000,000	3,785,800	2,000,000

◆ 우체국연금보험

□ 가입요건

구 분	연금개시나이(A)	가입나이	납입기간	납입주기
1종 (일반연금)	45～80세	0～(A-5)세	일시납 5, 7, 10, 15, 20년납	일시납 월 납
2종 (연금저축)	만55～80세	만18～(A-10)세	10, 15, 20년납	월 납

○ 보험료 납입한도액 (단위 : 만원)

가입나이	일시납	월납				
		5년납	7년납	10년납	15년납	20년납
20세미만	4,000	40		20		
20～29세	6,000	60		30		
30～39세	8,000	80		40		
40～49세	10,000	100		50		
50세 이상	12,000	120		50		

주) 1. 일시납은 100만원부터 100만원 단위 / 월납은 5만원부터 1만원 단위로 가입
2. 최초계약 가입나이에 해당하는 납입한도액을 기준으로 추가가입 가능

□ 보장내용

지급구분		지 급 사 유	지 급 액	
연금 개시전	장해 급부금	동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상 장해시	일시납	월 납
			일시납보험료의 50%	월납보험료의 50배
연금 개시후	생존 연금	생존시	연금지급 개시일의 적립금액을 기준으로 계산한 금액을 매년 지급 (20년 보증지급)	

주) 1. 연금개시전 피보험자 사망시 : 사망시까지의 적립금액을 지급
2. 적립금액 : 연금계약 순보험료를 보험료 납입일로부터 “환급금대출이율-1%”(최저보증 2.5%)이율로 적립한 금액으로, 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 변동됨
3. 20년의 연금보증 지급기간 중 사망시에는 20년까지의 미지급된 연금액을 “환급금대출이율-1%” 이율로 할인하여 선지급 할 수 있음
4. 장해연금은 보장계약 예정이율(4.0%)로 할인하여 선지급 할 수 있음
5. 연금개시후의 환급금대출이율이 연금지급개시시점의 환급금대출이율과 계속 동일한 경우의 해당년도 생존연금은 직전년도 생존연금과 동일하나, 연금개시후의 환급금대출이율이 변경될 경우에는 직전년도의 생존연금과 차이가 있을 수 있음

□ 해약환급금 예시표

○ 일시납 (단위 : 원)

경과기간 \ 보험료	10,000,000	20,000,000	30,000,000	40,000,000	50,000,000
1년	10,214,990	20,454,610	30,694,230	40,933,850	51,173,470
3년	11,105,700	22,288,880	33,472,050	44,655,230	55,838,410
5년	12,083,970	24,303,460	36,522,950	48,742,440	60,961,930
7년	13,158,400	26,516,080	39,873,760	53,231,440	66,589,120
10년	14,971,300	30,249,450	45,527,600	60,805,740	76,083,890
15년	18,621,390	37,766,210	56,911,020	76,055,840	95,200,660
20년	23,235,730	47,268,690	71,301,640	95,334,590	119,367,550

경과기간 \ 보험료	60,000,000	70,000,000	80,000,000	90,000,000	100,000,000
1년	61,413,090	71,652,710	81,892,330	92,131,950	102,371,570
3년	67,021,590	78,204,770	89,387,950	100,571,120	111,754,300
5년	73,181,430	85,400,920	97,620,410	109,839,900	122,059,390
7년	79,946,800	93,304,480	106,662,160	120,019,840	133,377,520
10년	91,362,040	106,640,190	121,918,330	137,196,480	152,474,630
15년	114,345,470	133,490,290	152,635,100	171,779,920	190,924,740
20년	143,400,500	167,433,460	191,466,410	215,499,360	239,532,320

○ 월납 (20년납 기준) (단위 : 원)

경과	100,000		200,000		300,000	
기간	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	1,054,790	2,400,000	2,158,840	3,600,000	3,262,880
3년	3,600,000	3,530,410	7,200,000	7,215,780	10,800,000	10,901,140
5년	6,000,000	6,245,460	12,000,000	12,761,970	18,000,000	19,278,480
7년	8,400,000	9,229,620	16,800,000	18,857,800	25,200,000	28,485,970
10년	12,000,000	14,264,810	24,000,000	29,143,310	36,000,000	44,021,820
15년	18,000,000	24,402,660	36,000,000	49,852,160	54,000,000	75,301,670
20년	24,000,000	37,218,640	48,000,000	76,031,720	72,000,000	114,844,800

경과	400,000		500,000	
기간	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800,000	4,366,930	6,000,000	5,470,970
3년	14,400,000	14,586,510	18,000,000	18,271,870
5년	24,000,000	25,794,990	30,000,000	32,311,490
7년	33,600,000	38,114,150	42,000,000	47,742,320
10년	48,000,000	58,900,320	60,000,000	73,778,820
15년	72,000,000	100,751,170	90,000,000	126,200,680
20년	96,000,000	153,657,880	120,000,000	192,470,960

주) 1. 위 표의 해약환급금은 환급금대출이율이 5.8%인 경우로, 향후 환급금대출이율 변동 시에는 상기금액도 달라집니다.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저보증합니다.

◆ 플러스연금보험

□ 가입요건

구 분	연금개시나이(A)	가입나이	납입기간	납입주기
1종 (일반연금)	55세 60세 65세 70세	만15~(A-5)세	일시납 5, 10, 15, 20년납	일시납 월 납
2종 (연금저축)		만18~(A-10)세	10, 15, 20년납	월 납

주) 2종(연금저축) : 연금개시나이가 55세 이상에 해당되는지 여부는 만나이로 계산

○ 가입한도액

1종(일반연금)	0.5~3구좌 (0.1구좌 단위)
2종(연금저축)	월보험료 50만원 이내에서 0.5~3구좌 (0.1구좌 단위)

주) 1구좌 : 생존연금액 300만원

□ 보장내용

(1구좌 기준)

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
연금 개시 전	사망 보험금	사망시	5,000만원
			플러스적립금 추가지급
	납입면제	50% 이상 장해시	차회 이후 보험료 납입면제
연금 개시 후	생존연금	매년 생존시 (20년 보증지급)	300만원
			플러스연금 추가지급

주) 1. 금리적용에 관한 사항
- 적립이율 : 환급금대출이율-1% (최저보증이율 : 가입 후 경과기간 5년미만 4.0%, 5년이상 3.0%)
- 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율 적용

2. 플러스적립금 : 적립순보험료를 적립이율과 최저보증이율의 차이로 부리·적립한 금액

3. 플러스연금에 관한 사항
- 1차년도 플러스연금 : 플러스적립금을 기준으로 계산한 연금연액
- 2차년도 이후 플러스연금 : 적립이율이 최저보증이율을 상회하는 경우는 산출방법서에서 정한 방법에 따라 플러스연금을 증액하여 지급

□ 보험료표

o 남자 55세연금개시

(1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	20,318,500	376,300	204,600	147,000	118,300
16	20,863,800	386,500	210,200	151,000	121,600
17	21,424,400	397,000	215,900	155,100	124,900
18	22,001,200	407,800	221,800	159,400	128,400
19	22,595,100	419,000	227,900	163,800	131,900
20	23,206,500	430,500	234,200	168,300	135,600
21	23,835,900	442,300	240,700	172,900	139,300
22	24,483,100	454,500	247,300	177,700	143,200
23	25,148,800	467,000	254,100	182,600	147,200
24	25,833,700	479,900	261,100	187,700	151,300
25	26,538,600	493,100	268,400	192,900	155,500
26	27,264,400	506,700	275,800	198,300	159,900
27	28,012,200	520,800	283,400	203,800	164,400
28	28,782,700	535,200	291,300	209,600	169,100
29	29,576,900	550,100	299,500	215,500	173,900
30	30,395,400	565,500	307,900	221,600	178,900
31	31,238,800	581,400	316,600	227,900	184,100
32	32,108,100	597,700	325,600	234,500	189,500
33	33,004,200	614,600	334,900	241,300	195,000
34	33,927,400	632,000	344,500	248,300	200,800
35	34,878,400	650,000	354,500	255,600	206,800
36	35,857,700	668,600	364,700	263,100	-
37	36,866,200	687,700	375,300	270,900	-
38	37,904,900	707,500	386,300	278,900	-
39	38,975,000	727,900	397,600	287,300	-
40	40,077,500	748,900	409,300	296,000	-
41	41,213,600	770,600	421,400	-	-
42	42,384,300	793,000	433,900	-	-
43	43,591,200	816,100	446,800	-	-
44	44,835,900	839,900	460,300	-	-
45	46,120,000	864,600	474,200	-	-
46	47,445,300	890,200	-	-	-
47	48,813,400	916,700	-	-	-
48	50,226,500	944,200	-	-	-
49	51,686,800	972,800	-	-	-
50	53,196,600	1,002,400	-	-	-

o 남자 60세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	16,728,200	309,100	168,100	120,700	97,200
16	17,164,700	317,300	172,500	123,900	99,800
17	17,613,100	325,700	177,100	127,200	102,500
18	18,074,200	334,300	181,900	130,700	105,200
19	18,548,700	343,200	186,700	134,200	108,100
20	19,037,100	352,400	191,700	137,800	111,000
21	19,539,400	361,900	196,900	141,500	114,000
22	20,055,700	371,600	202,200	145,300	117,100
23	20,586,200	381,600	207,600	149,200	120,200
24	21,131,400	391,800	213,200	153,200	123,500
25	21,692,200	402,300	218,900	157,400	126,900
26	22,269,300	413,200	224,900	161,700	130,400
27	22,863,900	424,300	230,900	166,100	133,900
28	23,476,500	435,800	237,200	170,600	137,700
29	24,107,800	447,700	243,700	175,300	141,500
30	24,758,300	459,900	250,400	180,200	145,500
31	25,428,600	472,500	257,300	185,200	149,600
32	26,119,600	485,500	264,500	190,400	153,900
33	26,831,600	498,900	271,900	195,800	158,300
34	27,565,000	512,800	279,500	201,400	162,900
35	28,320,100	527,000	287,400	207,200	167,700
36	29,096,800	541,800	295,500	213,200	172,600
37	29,895,800	556,900	303,900	219,300	177,700
38	30,717,900	572,600	312,600	225,700	183,000
39	31,563,800	588,700	321,600	232,300	188,600
40	32,434,400	605,300	330,800	239,200	194,300
41	33,330,100	622,400	340,400	246,300	-
42	34,251,600	640,000	350,200	253,600	-
43	35,200,200	658,200	360,400	261,200	-
44	36,177,000	676,900	370,900	269,100	-
45	37,183,200	696,300	381,900	277,300	-
46	38,220,000	716,300	393,200	-	-
47	39,288,400	737,000	405,000	-	-
48	40,389,900	758,500	417,200	-	-
49	41,525,600	780,700	429,900	-	-
50	42,696,900	803,800	443,100	-	-
51	43,905,500	827,500	-	-	-
52	45,153,500	852,100	-	-	-
53	46,442,800	877,500	-	-	-
54	47,776,200	903,800	-	-	-
55	49,156,200	931,200	-	-	-

o 남자 65세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	13,908,100	256,300	139,400	100,100	80,600
16	14,259,100	262,900	143,000	102,700	82,700
17	14,619,300	269,600	146,600	105,300	84,800
18	14,989,500	276,600	150,400	108,100	87,000
19	15,370,300	283,700	154,300	110,900	89,300
20	15,762,000	291,100	158,400	113,800	91,700
21	16,164,700	298,700	162,500	116,800	94,100
22	16,578,000	306,500	166,700	119,800	96,500
23	17,002,200	314,400	171,100	123,000	99,100
24	17,437,800	322,600	175,600	126,200	101,700
25	17,885,500	331,000	180,100	129,500	104,400
26	18,345,900	339,700	184,800	132,900	107,200
27	18,820,000	348,600	189,700	136,400	110,000
28	19,308,500	357,700	194,700	140,000	113,000
29	19,811,900	367,200	199,900	143,800	116,100
30	20,330,600	376,900	205,200	147,700	119,200
31	20,864,900	387,000	210,700	151,700	122,500
32	21,415,700	397,300	216,400	155,900	125,900
33	21,983,200	408,000	222,300	160,200	129,500
34	22,567,500	419,100	228,400	164,600	133,100
35	23,168,600	430,400	234,700	169,200	136,900
36	23,786,200	442,200	241,200	174,000	140,900
37	24,420,700	454,200	247,900	178,900	144,900
38	25,072,600	466,600	254,700	183,900	149,200
39	25,742,500	479,400	261,800	189,200	153,500
40	26,430,900	492,500	269,200	194,600	158,100
41	27,137,800	506,000	276,700	200,200	162,800
42	27,863,500	519,900	284,500	206,000	167,600
43	28,609,300	534,200	292,500	212,000	172,700
44	29,375,600	548,900	300,800	218,200	177,900
45	30,163,500	564,100	309,400	224,700	183,400
46	30,973,600	579,700	318,200	231,300	-
47	31,806,700	595,900	327,500	238,300	-
48	32,663,400	612,600	337,000	245,600	-
49	33,544,100	629,900	346,900	253,100	-
50	34,449,500	647,700	357,100	261,000	-
51	35,380,400	666,100	367,600	-	-
52	36,337,900	685,000	378,500	-	-
53	37,323,400	704,400	389,900	-	-
54	38,338,600	724,500	401,700	-	-
55	39,385,600	745,300	414,100	-	-
56	40,467,100	766,900	-	-	-
57	41,585,200	789,500	-	-	-
58	42,741,800	813,300	-	-	-
59	43,938,300	838,300	-	-	-
60	45,176,600	864,500	-	-	-

o 남자 70세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	11,889,000	218,500	118,800	85,300	68,700
16	12,178,900	223,900	121,800	87,500	70,400
17	12,476,000	229,500	124,800	89,700	72,200
18	12,781,100	235,200	128,000	91,900	74,000
19	13,094,700	241,100	131,200	94,200	75,900
20	13,417,200	247,200	134,500	96,600	77,800
21	13,748,500	253,400	137,900	99,100	79,800
22	14,088,200	259,800	141,400	101,600	81,800
23	14,436,400	266,400	144,900	104,200	83,900
24	14,793,500	273,100	148,600	106,800	86,100
25	15,160,100	280,000	152,400	109,500	88,300
26	15,536,900	287,000	156,200	112,300	90,500
27	15,924,900	294,300	160,200	115,200	92,900
28	16,324,500	301,800	164,300	118,200	95,300
29	16,736,300	309,600	168,500	121,200	97,800
30	17,160,500	317,500	172,900	124,400	100,400
31	17,597,500	325,700	177,400	127,700	103,100
32	18,047,900	334,200	182,100	131,100	105,900
33	18,512,000	343,000	186,900	134,600	108,800
34	18,989,600	352,000	191,900	138,300	111,800
35	19,480,400	361,300	197,000	142,000	114,900
36	19,984,100	370,800	202,300	145,900	118,100
37	20,500,900	380,700	207,700	149,900	121,500
38	21,030,900	390,700	213,300	154,000	124,900
39	21,574,800	401,100	219,100	158,300	128,500
40	22,132,700	411,800	225,000	162,700	132,100
41	22,704,500	422,700	231,100	167,200	135,900
42	23,290,100	433,900	237,400	171,900	139,900
43	23,890,500	445,400	243,900	176,800	144,000
44	24,506,200	457,300	250,500	181,800	148,200
45	25,137,800	469,400	257,400	186,900	152,600
46	25,785,700	482,000	264,600	192,300	157,300
47	26,450,200	494,900	271,900	197,900	162,100
48	27,131,700	508,200	279,500	203,700	167,100
49	27,829,900	521,900	287,400	209,700	172,400
50	28,544,900	536,000	295,500	215,900	177,900
51	29,276,900	550,500	303,800	222,400	-
52	30,026,600	565,300	312,400	229,200	-
53	30,794,400	580,500	321,300	236,200	-
54	31,581,800	596,100	330,500	243,600	-
55	32,390,500	612,200	340,100	251,500	-
56	33,222,700	628,900	350,200	-	-
57	34,080,200	646,300	360,900	-	-
58	34,963,600	664,600	372,200	-	-
59	35,872,600	683,700	384,200	-	-
60	36,806,600	703,600	396,800	-	-
61	37,766,200	724,200	-	-	-
62	38,753,500	745,700	-	-	-
63	39,772,000	768,200	-	-	-
64	40,825,100	792,000	-	-	-
65	41,915,400	817,300	-	-	-

o 여자 55세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	22,131,600	410,000	222,800	160,000	128,700
16	22,734,300	421,300	229,000	164,400	132,300
17	23,354,900	432,900	235,300	168,900	135,900
18	23,994,100	444,900	241,900	173,600	139,700
19	24,652,400	457,300	248,600	178,500	143,600
20	25,329,900	470,000	255,500	183,400	147,600
21	26,027,200	483,100	262,600	188,600	151,800
22	26,744,700	496,500	269,900	193,800	156,000
23	27,483,100	510,400	277,500	199,200	160,400
24	28,243,100	524,600	285,200	204,800	164,900
25	29,026,200	539,200	293,200	210,500	169,500
26	29,833,200	554,300	301,400	216,500	174,300
27	30,665,000	569,900	309,900	222,600	179,200
28	31,522,600	586,000	318,600	228,900	184,300
29	32,406,400	602,500	327,700	235,400	189,600
30	33,316,800	619,600	337,000	242,100	195,100
31	34,254,500	637,200	346,600	249,100	200,700
32	35,220,400	655,300	356,500	256,200	206,500
33	36,215,500	674,000	366,700	263,600	212,400
34	37,240,500	693,300	377,200	271,200	218,600
35	38,296,600	713,100	388,100	279,100	225,000
36	39,384,600	733,600	399,300	287,200	-
37	40,505,500	754,700	410,900	295,500	-
38	41,660,300	776,400	422,800	304,200	-
39	42,850,200	798,900	435,100	313,100	-
40	44,076,400	822,000	447,800	322,300	-
41	45,340,100	845,900	460,800	-	-
42	46,642,500	870,400	474,300	-	-
43	47,984,900	895,800	488,200	-	-
44	49,368,700	921,900	502,600	-	-
45	50,795,500	948,800	517,400	-	-
46	52,266,700	976,600	-	-	-
47	53,783,800	1,005,300	-	-	-
48	55,348,500	1,035,000	-	-	-
49	56,962,400	1,065,700	-	-	-
50	58,627,500	1,097,400	-	-	-

o 여자 60세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	18,220,800	336,900	183,100	131,400	105,700
16	18,705,400	345,900	188,000	135,000	108,600
17	19,204,300	355,300	193,100	138,600	111,600
18	19,718,100	364,900	198,400	142,400	114,600
19	20,247,200	374,800	203,800	146,300	117,700
20	20,791,400	385,100	209,300	150,300	120,900
21	21,351,300	395,600	215,000	154,400	124,300
22	21,926,900	406,400	220,900	158,600	127,700
23	22,518,900	417,500	226,900	163,000	131,200
24	23,128,000	428,800	233,100	167,400	134,800
25	23,755,700	440,600	239,500	172,000	138,500
26	24,402,400	452,700	246,100	176,800	142,300
27	25,069,200	465,200	252,900	181,700	146,300
28	25,756,900	478,000	260,000	186,700	150,400
29	26,465,800	491,300	267,200	192,000	154,600
30	27,195,700	505,000	274,700	197,400	159,000
31	27,947,300	519,100	282,400	202,900	163,500
32	28,721,500	533,700	290,300	208,600	168,100
33	29,518,800	548,600	298,500	214,600	172,900
34	30,339,800	564,100	306,900	220,700	177,900
35	31,185,500	580,000	315,600	226,900	183,000
36	32,056,500	596,400	324,600	233,400	188,300
37	32,953,500	613,200	333,800	240,100	193,700
38	33,877,100	630,600	343,400	247,000	199,300
39	34,828,500	648,600	353,200	254,200	205,100
40	35,808,500	667,100	363,300	261,500	211,200
41	36,818,000	686,100	373,800	269,100	-
42	37,857,900	705,700	384,600	277,000	-
43	38,929,100	725,900	395,700	285,100	-
44	40,032,800	746,800	407,100	293,400	-
45	41,170,200	768,300	419,000	302,100	-
46	42,342,600	790,400	431,200	-	-
47	43,551,200	813,300	443,800	-	-
48	44,797,200	836,900	456,900	-	-
49	46,081,900	861,300	470,500	-	-
50	47,406,700	886,600	484,500	-	-
51	48,773,000	912,700	-	-	-
52	50,182,300	939,600	-	-	-
53	51,636,300	967,400	-	-	-
54	53,136,800	996,200	-	-	-
55	54,685,700	1,026,000	-	-	-

o 여자 65세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	14,952,500	275,700	149,800	107,600	86,500
16	15,338,400	282,900	153,800	110,400	88,800
17	15,735,700	290,400	157,800	113,300	91,200
18	16,144,600	298,100	162,000	116,300	93,600
19	16,565,700	306,000	166,300	119,400	96,100
20	16,998,500	314,100	170,700	122,600	98,600
21	17,443,500	322,400	175,300	125,800	101,300
22	17,900,600	331,000	179,900	129,200	104,000
23	18,370,300	339,800	184,700	132,600	106,800
24	18,853,300	348,800	189,600	136,200	109,600
25	19,351,000	358,200	194,700	139,800	112,600
26	19,863,800	367,700	199,900	143,600	115,600
27	20,392,800	377,600	205,300	147,500	118,800
28	20,938,500	387,900	210,900	151,500	122,000
29	21,501,100	398,400	216,700	155,700	125,400
30	22,080,200	409,300	222,600	159,900	128,800
31	22,676,400	420,500	228,700	164,300	132,400
32	23,290,200	432,000	235,000	168,900	136,100
33	23,922,300	443,900	241,500	173,600	139,900
34	24,572,800	456,100	248,200	178,400	143,800
35	25,242,700	468,700	255,100	183,400	147,900
36	25,932,400	481,700	262,200	188,500	152,000
37	26,642,200	495,000	269,500	193,800	156,400
38	27,372,600	508,800	277,000	199,300	160,800
39	28,124,600	523,000	284,800	204,900	165,400
40	28,898,900	537,600	292,800	210,800	170,200
41	29,696,000	552,600	301,100	216,700	175,100
42	30,516,500	568,100	309,600	222,900	180,100
43	31,361,000	584,000	318,300	229,300	185,400
44	32,230,600	600,500	327,300	235,900	190,800
45	33,126,200	617,400	336,700	242,700	196,500
46	34,048,900	634,800	346,300	249,800	-
47	34,999,600	652,800	356,300	257,100	-
48	35,979,300	671,400	366,600	264,700	-
49	36,989,000	690,600	377,200	272,600	-
50	38,029,500	710,400	388,300	280,800	-
51	39,101,700	730,900	399,700	-	-
52	40,206,500	752,000	411,500	-	-
53	41,345,100	773,800	423,700	-	-
54	42,519,100	796,300	436,400	-	-
55	43,729,700	819,600	449,700	-	-
56	44,978,500	843,800	-	-	-
57	46,267,000	868,800	-	-	-
58	47,596,800	894,800	-	-	-
59	48,969,700	921,700	-	-	-
60	50,387,700	949,800	-	-	-

o 여자 70세연금개시 (1구좌 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납	월납			
		5년납	10년납	15년납	20년납
15	12,317,200	226,400	123,000	88,300	71,100
16	12,623,500	232,200	126,200	90,600	72,900
17	12,938,800	238,100	129,400	92,900	74,700
18	13,263,200	244,100	132,700	95,300	76,700
19	13,597,200	250,400	136,100	97,700	78,600
20	13,940,200	256,900	139,600	100,200	80,700
21	14,292,500	263,500	143,200	102,800	82,800
22	14,654,100	270,300	146,900	105,500	84,900
23	15,025,200	277,200	150,700	108,200	87,100
24	15,406,500	284,300	154,600	111,000	89,300
25	15,799,400	291,700	158,600	113,900	91,700
26	16,204,200	299,300	162,700	116,800	94,100
27	16,622,000	307,100	167,000	119,900	96,600
28	17,053,200	315,200	171,400	123,100	99,100
29	17,497,900	323,500	175,900	126,400	101,800
30	17,955,400	332,100	180,600	129,800	104,500
31	18,426,300	340,900	185,400	133,200	107,300
32	18,910,900	350,000	190,400	136,800	110,300
33	19,409,600	359,400	195,500	140,500	113,300
34	19,922,700	369,000	200,800	144,300	116,400
35	20,450,800	379,000	206,200	148,300	119,500
36	20,994,200	389,200	211,800	152,300	122,800
37	21,553,200	399,700	217,600	156,500	126,200
38	22,127,900	410,500	223,500	160,800	129,700
39	22,719,100	421,700	229,600	165,200	133,400
40	23,327,500	433,200	235,900	169,800	137,100
41	23,953,300	445,000	242,400	174,500	141,000
42	24,596,900	457,100	249,100	179,400	144,900
43	25,258,700	469,600	255,900	184,400	149,100
44	25,939,400	482,500	263,000	189,600	153,300
45	26,640,100	495,700	270,300	194,900	157,700
46	27,361,500	509,300	277,800	200,400	162,300
47	28,104,200	523,400	285,600	206,100	167,100
48	28,869,100	537,900	293,700	212,100	172,100
49	29,657,000	552,900	302,000	218,200	177,200
50	30,468,200	568,400	310,600	224,600	182,700
51	31,303,300	584,300	319,500	231,300	-
52	32,162,600	600,700	328,700	238,200	-
53	33,047,000	617,700	338,200	245,300	-
54	33,957,600	635,200	348,100	252,800	-
55	34,895,500	653,200	358,400	260,700	-
56	35,861,700	671,900	369,000	-	-
57	36,857,200	691,300	380,100	-	-
58	37,883,000	711,300	391,700	-	-
59	38,940,300	732,100	403,900	-	-
60	40,030,300	753,700	416,600	-	-
61	41,154,300	776,100	-	-	-
62	42,313,900	799,400	-	-	-
63	43,510,600	823,600	-	-	-
64	44,746,400	849,000	-	-	-
65	46,023,300	875,600	-	-	-

□ 해약환급금 예시표

○ 60세연금개시 일시납 (1구좌, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	32,434,400	33,244,100	256,000	33,500,100
3년	32,434,400	35,808,700	835,200	36,643,900
5년	32,434,400	38,583,100	1,514,300	40,097,400
7년	32,434,400	40,789,600	3,103,600	43,893,200
10년	32,434,400	44,360,800	5,944,300	50,305,100
15년	32,434,400	51,128,900	12,153,200	63,282,100
20년	32,434,400	59,201,900	20,721,400	79,923,300

○ 60세연금개시 5년납 (1구좌, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	7,263,600	6,963,500	30,200	6,993,700
3년	21,790,800	22,143,000	270,800	22,413,800
5년	36,318,000	38,583,100	787,600	39,370,700
7년	36,318,000	40,789,600	2,305,400	43,095,000
10년	36,318,000	44,360,800	5,025,600	49,386,400
15년	36,318,000	51,128,900	10,991,800	62,120,700
20년	36,318,000	59,201,900	19,253,100	78,455,000

○ 60세연금개시 10년납 (1구좌, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	3,969,600	3,690,200	16,300	3,706,500
3년	11,908,800	11,910,300	146,100	12,056,400
5년	19,848,000	20,795,000	424,700	21,219,700
7년	27,787,200	29,788,100	1,387,600	31,175,700
10년	39,696,000	44,360,800	3,660,400	48,021,200
15년	39,696,000	51,128,900	9,266,000	60,394,900
20년	39,696,000	59,201,900	17,071,400	76,273,300

○ 60세연금개시 15년납 (1구좌, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	2,870,400	2,594,500	11,600	2,606,100
3년	8,611,200	8,485,200	104,400	8,589,600
5년	14,352,000	14,841,000	303,300	15,144,300
7년	20,092,800	21,240,900	990,200	22,231,100
10년	28,704,000	31,584,100	2,609,800	34,193,900
15년	43,056,000	51,128,900	7,286,200	58,415,100
20년	43,056,000	59,201,900	14,568,600	73,770,500

○ 60세연금개시 20년납 (1구좌, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	2,331,600	2,056,500	9,300	2,065,800
3년	6,994,800	6,803,300	83,900	6,887,200
5년	11,658,000	11,917,200	243,700	12,160,900
7년	16,321,200	17,043,700	795,000	17,838,700
10년	23,316,000	25,310,000	2,093,900	27,403,900
15년	34,974,000	40,853,700	5,837,200	46,690,900
20년	46,632,000	59,201,900	12,212,300	71,414,200

주) 1. 위 예시된 금액은 4.8%(환급금대출이율 5.8%-1.0%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라집니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라집니다.

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산합니다.

◆ 무배당 우체국즉시연금보험

□ 가입요건

구 분	연금개시나이(A)	가입나이	납입기간	납입주기
즉시형	45~80세	45~80세	일시납	일시납
거치형		(A-5)~(A-1)세		

○ 보험료 납입한도액

가입나이	40~49세	50~59세	60~69세	70세이상
한도액	2억5천만원	2억원	1억7천만원	1억5천만원

주) 500만원부터 100만원 단위

□ 보장내용

o 즉시형

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
생존연금	종신연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 분할계산한 연금월액을 보험계약일 이후 만1개월이 경과한 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (20년 보증지급)
	상속연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 계산한 이자 상당액(사업비 차감)의 연금월액을 보험계약일 이후 만1개월이 경과한 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (단, 연금개시후 보험기간 중 사망하였을 때에는 일시납 보험료의 5%와 사망시까지의 연금계약 적립금액을 지급)

o 거치형

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
생존연금	종신연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 분할계산한 연금월액을 약정한 연금개시나이 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (20년 보증지급)
	상속연금형	연금개시후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아있을 때	연금지급개시시의 연금계약 적립금액을 기준으로 계산한 이자 상당액(사업비 차감)의 연금월액을 약정한 연금개시나이 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (단, 연금개시후 보험기간 중 사망하였을 때에는 일시납 보험료의 5%와 사망시까지의 연금계약 적립금액을 지급)
사망보험금		연금개시전 보험기간 중 사망하였을 때	일시납 보험료의 5%와 사망시까지의 연금계약 적립금액을 지급

주) 1. "연금계약 적립금액"이란 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 순보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 공시이율을 적용하여 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 납입일

로부터 부리적립한 금액을 말합니다.

2. 종신연금형의 경우 연금개시후 보험기간 중 20년의 보증지급기간 안에 피보험자가 사망하였을 때에는 20년까지의 미지급된 생존연금을 매월 계약해당일에 드리거나 공시이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
3. 공시이율(최저보증 2.0%)은 매월 1일 체신관서가 적용하는 이율로 하며, 공시이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 공시이율을 적용합니다.
4. 생존연금의 계산은 공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 공시이율이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.

□ 해약환급금 예시표

■ 즉시형

o 종신연금형 : 계약자는 계약을 해지할 수 없음으로 해약환급금은 존재하지 않습니다.

o 상속연금형 (기준 : 일시납보험료 1억원, 60세남자, 60세연금개시, 단위 : 원)

보험료 / 경과기간	납입보험료	해약환급금	
		최저보증이율 적용시	공시이율 적용시
1년	100,000,000	96,819,280	97,040,520
3년	100,000,000	96,947,850	97,169,090
5년	100,000,000	97,085,100	97,306,340
10년	100,000,000	97,465,450	97,686,690
20년	100,000,000	98,348,660	98,569,900

■ 거치형

o 종신연금형 (기준 : 일시납보험료 1억원, 55세남자, 60세연금개시, 단위 : 원)

보험료 / 경과기간	납입보험료	해약환급금	
		최저보증이율 적용시	공시이율 적용시
1년	100,000,000	98,508,550	101,209,550
3년	100,000,000	102,434,090	111,097,990
5년	100,000,000	106,504,380	121,947,530

주) 계약자는 연금개시후 보험기간 중에는 계약을 해지할 수 없음으로 해약환급금은 연금개시전 보험기간에만 존재합니다.

o 상속연금형 (기준 : 일시납보험료 1억원, 55세남자, 60세연금개시, 단위 : 원)

보험료 / 경과기간	납입보험료	해약환급금	
		최저보증이율 적용시	공시이율 적용시
1년	100,000,000	98,544,750	101,205,980
3년	100,000,000	102,551,570	111,087,930
5년	100,000,000	106,717,780	121,933,600
10년	100,000,000	107,048,000	122,280,850
20년	100,000,000	107,855,950	123,088,800

주) 위 해약환급금은 공시이율 4.8% 및 최저보증이율 2.0%의 금리를 각각 적용한 것으로 **공시이율이 변동하면 위 해약환급금도 달라지게 됩니다.**

◆ 하이로정기보험

□ 가입요건

○ 주계약

보험종류	보험기간	가입나이	납입기간	가입한도액
순수보장형 만기환급형	60세 만기 70세 만기 80세 만기	만15~70세	5년납 10년납 20년납	만15~50세 : 4,000만원 51~60세 : 2,000만원 61~70세 : 1,000만원

주) 오토바이운전자 가입 거절

○ 특약

특약명	보험기간, 가입나이, 납입기간	가입한도액
입원수술특약 상해골절특약 3대질병입원특약	주계약과 동일	주계약 보험가입금액 이내에서 1천만원 한도로 선택부가
3대질병치료특약		주계약 보험가입금액 이내에서 2천만원 한도로 선택부가

주) 입원수술특약 : 택시기사, 광부, 선원, 위험레포츠 종사자 등 가입거절

□ 보장내용

○ 주계약 (보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 사망보험금	교통재해로 사망시	3,000만원
일반재해 사망보험금	일반재해로 사망시	2,000만원
일반 사망보험금	재해 이외의 원인으로 사망시	1,000만원
교통재해 장해급부금	교통재해로 장해시	3,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급부금	일반재해로 장해시	2,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	만기생존시	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

주) 1. 일반재해 : 교통재해 이외의 재해
2. 보험료 납입면제 : 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때

○ 상해골절특약 (특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
골절치료자금	재해로 골절시 (사고 1회당)	20만원

주) 재해골절에서 치아의 파절은 제외

○ 3대질병치료특약 (특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
		1년 미만	2년 미만	2년 이상
3대질병 치료보험금	3대질병(암, 뇌출혈, 급성심근경색증)으로 진단 확정시 (각각 1회한)	150만원	350만원	500만원

주) 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양 진단확정시 : 상기 지급액의 30% 보장

○ 3대질병입원특약 (특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
3대질병 입원급부금	3대질병(암, 뇌출혈, 급성심근경색증)으로 입원시 (입원 1일당)	3만원 (120일 한도)

주) 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양으로 입원시 : 상기 지급액의 30% 보장

○ 입원수술특약 (특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액				
입원치료자금	질병 또는 재해로 10일 이상 계속 입원시	10일 이상~20일 미만			10만원	
		20일 이상~30일 미만			30만원	
		30일 이상~50일 미만			50만원	
		50일 이상~100일 미만			100만원	
		100일 이상~200일 미만			200만원	
		200일 이상			500만원	
수술급부금	질병 또는 재해로 수술시 (수술 1회당)	1종	2종	3종	4종	5종
		10만원	30만원	50만원	100만원	500만원

주) 입원치료자금을 일부 지급한 경우 이미 지급한 금액 차감 후 지급

□ 보험료표

○ 60세 만기 5년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절 특약		3대질병 치료특약		3대질병 입원특약		입원수술 특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	17,500	11,100	21,200	13,600	3,100	2,500	7,900	8,000	2,000	1,800	24,700	26,700
16	17,700	11,100	21,700	13,800	3,100	2,400	8,100	8,200	2,000	1,900	25,100	27,200
17	17,900	11,200	22,100	14,000	3,100	2,400	8,200	8,400	2,100	1,900	25,400	27,800
18	18,100	11,200	22,500	14,200	3,100	2,400	8,400	8,500	2,100	2,000	25,800	28,300
19	18,300	11,300	23,000	14,400	3,000	2,400	8,600	8,700	2,200	2,100	26,000	28,800
20	18,500	11,300	23,500	14,600	3,000	2,400	8,800	8,900	2,300	2,100	26,300	29,400
21	18,600	11,400	23,900	14,900	3,000	2,300	9,000	9,100	2,300	2,200	26,500	29,800
22	18,700	11,400	24,400	15,100	2,900	2,300	9,100	9,300	2,400	2,300	26,700	30,300
23	18,900	11,400	24,900	15,300	2,900	2,300	9,300	9,500	2,400	2,300	26,800	30,800
24	19,000	11,400	25,300	15,500	2,900	2,200	9,500	9,700	2,500	2,400	26,900	31,100
25	19,100	11,400	25,800	15,800	2,800	2,200	9,700	9,900	2,600	2,500	27,000	31,500
26	19,200	11,500	26,400	16,000	2,800	2,200	9,900	10,100	2,600	2,500	27,200	31,800
27	19,300	11,500	26,900	16,300	2,700	2,200	10,100	10,200	2,700	2,600	27,300	32,000
28	19,400	11,500	27,500	16,600	2,700	2,100	10,300	10,400	2,800	2,700	27,500	32,200
29	19,500	11,500	28,200	17,000	2,700	2,100	10,500	10,500	2,900	2,700	27,600	32,300
30	19,700	11,500	28,900	17,300	2,600	2,100	10,700	10,700	2,900	2,800	27,800	32,500
31	19,700	11,500	29,500	17,700	2,600	2,000	10,900	10,800	3,000	2,800	27,900	32,500
32	19,800	11,500	30,200	18,100	2,500	2,000	11,100	10,900	3,100	2,900	28,000	32,600
33	19,900	11,500	31,000	18,500	2,500	1,900	11,300	11,000	3,200	3,000	28,100	32,600
34	20,000	11,500	31,900	19,000	2,400	1,900	11,500	11,100	3,300	3,000	28,200	32,600
35	20,000	11,500	32,800	19,400	2,400	1,900	11,700	11,100	3,400	3,100	28,200	32,500
36	20,100	11,500	33,800	20,000	2,300	1,800	11,800	11,200	3,400	3,100	28,200	32,400
37	20,100	11,400	34,800	20,500	2,200	1,800	12,000	11,200	3,500	3,200	28,100	32,300
38	20,100	11,400	36,000	21,100	2,200	1,700	12,100	11,200	3,600	3,200	28,000	32,200
39	20,100	11,300	37,200	21,700	2,100	1,700	12,200	11,100	3,700	3,200	27,800	31,900
40	20,100	11,300	38,400	22,400	2,000	1,600	12,300	11,000	3,700	3,200	27,500	31,600
41	20,000	11,100	39,700	23,100	2,000	1,600	12,300	10,900	3,800	3,200	27,200	31,200
42	19,800	11,000	41,100	23,900	1,900	1,500	12,300	10,800	3,800	3,200	26,800	30,700
43	19,600	10,800	42,500	24,800	1,800	1,400	12,300	10,600	3,800	3,200	26,300	30,000
44	19,300	10,700	44,200	25,700	1,800	1,400	12,200	10,300	3,800	3,200	25,800	29,200
45	19,000	10,500	46,100	26,800	1,700	1,300	12,000	10,000	3,800	3,100	25,100	28,300
46	18,700	10,300	48,200	28,100	1,600	1,300	11,800	9,700	3,800	3,100	24,400	27,300
47	18,300	10,000	50,700	29,600	1,500	1,200	11,600	9,300	3,800	3,000	23,600	26,100
48	17,900	9,800	53,700	31,400	1,400	1,100	11,200	8,800	3,700	2,900	22,700	24,800
49	17,400	9,500	57,200	33,600	1,300	1,000	10,800	8,300	3,700	2,800	21,600	23,400
50	16,800	9,200	61,500	36,400	1,200	1,000	10,400	7,800	3,500	2,700	20,500	21,900

○ 60세 만기 10년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절특약		3대질병치료특약		3대질병입원특약		입원수술특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	10,200	6,700	12,600	8,300	1,700	1,400	4,100	4,200	1,100	1,000	13,100	14,200
16	10,300	6,700	12,900	8,500	1,700	1,300	4,200	4,300	1,100	1,000	13,300	14,500
17	10,400	6,700	13,200	8,600	1,700	1,300	4,300	4,400	1,200	1,100	13,500	14,800
18	10,500	6,700	13,400	8,700	1,700	1,300	4,400	4,500	1,200	1,100	13,700	15,100
19	10,600	6,800	13,700	8,900	1,700	1,300	4,500	4,600	1,200	1,100	13,900	15,400
20	10,700	6,800	14,000	9,000	1,600	1,300	4,600	4,700	1,200	1,200	14,000	15,700
21	10,800	6,800	14,300	9,200	1,600	1,300	4,700	4,800	1,300	1,200	14,100	15,900
22	10,900	6,800	14,600	9,300	1,600	1,300	4,800	4,900	1,300	1,200	14,200	16,200
23	10,900	6,800	14,900	9,500	1,600	1,300	4,900	5,000	1,300	1,300	14,300	16,400
24	11,000	6,800	15,200	9,600	1,600	1,200	5,000	5,100	1,400	1,300	14,300	16,700
25	11,100	6,900	15,500	9,800	1,500	1,200	5,100	5,200	1,400	1,300	14,400	16,800
26	11,100	6,900	15,900	10,000	1,500	1,200	5,200	5,300	1,400	1,400	14,500	17,000
27	11,200	6,900	16,200	10,200	1,500	1,200	5,300	5,400	1,500	1,400	14,600	17,100
28	11,300	6,900	16,600	10,400	1,500	1,200	5,400	5,500	1,500	1,500	14,700	17,200
29	11,300	6,900	17,100	10,700	1,500	1,100	5,600	5,600	1,600	1,500	14,700	17,300
30	11,400	6,900	17,500	10,900	1,400	1,100	5,700	5,600	1,600	1,500	14,800	17,400
31	11,400	6,900	18,000	11,200	1,400	1,100	5,800	5,700	1,700	1,600	14,900	17,400
32	11,500	6,900	18,500	11,500	1,400	1,100	5,900	5,800	1,700	1,600	15,000	17,400
33	11,500	6,900	19,100	11,800	1,400	1,100	6,000	5,800	1,800	1,600	15,000	17,500
34	11,600	6,900	19,700	12,100	1,300	1,000	6,100	5,900	1,800	1,700	15,100	17,400
35	11,600	6,900	20,300	12,500	1,300	1,000	6,200	5,900	1,900	1,700	15,100	17,400
36	11,600	6,900	21,000	12,900	1,300	1,000	6,300	5,900	1,900	1,700	15,100	17,400
37	11,700	6,900	21,800	13,400	1,200	1,000	6,400	5,900	1,900	1,700	15,000	17,300
38	11,700	6,800	22,700	13,800	1,200	900	6,400	5,900	2,000	1,800	15,000	17,200
39	11,700	6,800	23,600	14,400	1,200	900	6,500	5,900	2,000	1,800	14,900	17,100
40	11,700	6,800	24,700	15,000	1,100	900	6,500	5,900	2,100	1,800	14,700	16,900
41	11,600	6,700	25,700	15,600	1,100	900	6,600	5,800	2,100	1,800	14,600	16,700
42	11,500	6,600	26,900	16,300	1,100	800	6,600	5,700	2,100	1,800	14,400	16,400
43	11,400	6,500	28,300	17,200	1,000	800	6,600	5,600	2,100	1,800	14,100	16,100
44	11,300	6,400	29,900	18,100	1,000	800	6,500	5,500	2,100	1,800	13,800	15,600
45	11,100	6,300	31,800	19,300	900	700	6,400	5,300	2,100	1,700	13,500	15,200
46	10,900	6,200	34,100	20,700	900	700	6,300	5,100	2,100	1,700	13,100	14,600
47	10,700	6,100	36,900	22,500	800	700	6,200	4,900	2,100	1,700	12,600	13,900
48	10,500	6,000	40,600	24,800	800	600	6,000	4,600	2,100	1,600	12,100	13,200
49	10,200	5,800	45,400	27,900	700	600	5,800	4,400	2,000	1,500	11,600	12,400
50	9,900	5,600	52,100	32,300	700	500	5,500	4,100	2,000	1,500	11,000	11,600

○ 60세 만기 20년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절특약		3대질병치료특약		3대질병입원특약		입원수술특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	6,600	4,500	8,600	5,900	1,000	800	2,300	2,300	700	600	7,400	8,100
16	6,700	4,500	8,800	6,000	1,000	800	2,300	2,300	700	600	7,600	8,300
17	6,700	4,500	9,000	6,100	1,000	800	2,400	2,400	700	600	7,700	8,400
18	6,800	4,500	9,200	6,200	1,000	800	2,400	2,500	700	700	7,800	8,600
19	6,900	4,600	9,400	6,400	1,000	800	2,500	2,500	700	700	7,900	8,800
20	6,900	4,600	9,600	6,500	1,000	800	2,500	2,600	700	700	8,000	9,000
21	7,000	4,600	9,900	6,600	1,000	800	2,600	2,700	800	700	8,000	9,100
22	7,000	4,600	10,100	6,800	1,000	800	2,700	2,700	800	700	8,100	9,300
23	7,100	4,600	10,400	6,900	1,000	700	2,700	2,800	800	800	8,100	9,400
24	7,100	4,600	10,600	7,000	900	700	2,800	2,800	800	800	8,200	9,600
25	7,100	4,600	10,900	7,200	900	700	2,900	2,900	800	800	8,200	9,700
26	7,200	4,600	11,200	7,400	900	700	2,900	3,000	900	800	8,300	9,800
27	7,200	4,600	11,500	7,600	900	700	3,000	3,000	900	900	8,300	9,800
28	7,300	4,600	11,900	7,800	900	700	3,100	3,100	900	900	8,400	9,900
29	7,300	4,600	12,300	8,000	900	700	3,100	3,100	900	900	8,400	10,000
30	7,300	4,600	12,700	8,300	900	700	3,200	3,200	1,000	900	8,500	10,000
31	7,400	4,600	13,100	8,600	800	700	3,300	3,200	1,000	900	8,500	10,000
32	7,400	4,600	13,600	8,900	800	700	3,300	3,300	1,000	1,000	8,600	10,000
33	7,400	4,600	14,200	9,200	800	600	3,400	3,300	1,100	1,000	8,600	10,100
34	7,500	4,600	14,800	9,600	800	600	3,500	3,300	1,100	1,000	8,700	10,000
35	7,500	4,600	15,600	10,100	800	600	3,500	3,300	1,100	1,000	8,700	10,000
36	7,500	4,600	16,400	10,500	800	600	3,600	3,300	1,100	1,000	8,700	10,000
37	7,500	4,600	17,300	11,100	700	600	3,700	3,400	1,200	1,000	8,700	10,000
38	7,600	4,600	18,300	11,800	700	600	3,700	3,300	1,200	1,100	8,700	9,900
39	7,600	4,600	19,600	12,500	700	600	3,700	3,300	1,200	1,100	8,600	9,900
40	7,600	4,600	21,000	13,400	700	500	3,800	3,300	1,200	1,100	8,500	9,800

○ 70세 만기 5년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절 특약		3대질병 치료특약		3대질병 입원특약		입원수술 특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	21,600	13,000	24,100	14,700	3,300	2,600	10,600	9,800	2,800	2,400	29,000	30,900
16	22,000	13,100	24,700	14,900	3,300	2,600	10,900	10,100	2,800	2,500	29,600	31,600
17	22,400	13,200	25,200	15,200	3,300	2,600	11,200	10,300	2,900	2,600	30,100	32,300
18	22,700	13,400	25,800	15,400	3,300	2,600	11,500	10,600	3,000	2,700	30,600	33,000
19	23,100	13,500	26,300	15,700	3,200	2,600	11,800	10,800	3,100	2,700	31,100	33,800
20	23,500	13,600	26,900	15,900	3,200	2,500	12,100	11,100	3,200	2,800	31,600	34,500
21	23,900	13,800	27,500	16,200	3,200	2,500	12,400	11,400	3,300	2,900	32,000	35,200
22	24,200	13,900	28,000	16,500	3,200	2,500	12,700	11,700	3,400	3,000	32,400	35,800
23	24,500	14,000	28,600	16,700	3,100	2,500	13,100	12,000	3,500	3,100	32,700	36,500
24	24,900	14,100	29,200	17,000	3,100	2,500	13,400	12,300	3,600	3,200	33,100	37,100
25	25,200	14,200	29,900	17,300	3,100	2,500	13,800	12,600	3,700	3,300	33,500	37,700
26	25,600	14,300	30,500	17,600	3,100	2,400	14,100	12,800	3,800	3,400	33,900	38,200
27	26,000	14,500	31,200	17,900	3,000	2,400	14,500	13,100	3,900	3,500	34,300	38,700
28	26,300	14,600	31,900	18,300	3,000	2,400	14,900	13,400	4,100	3,600	34,700	39,200
29	26,700	14,800	32,700	18,600	3,000	2,400	15,300	13,700	4,200	3,700	35,200	39,600
30	27,200	14,900	33,500	19,000	2,900	2,300	15,700	13,900	4,300	3,800	35,600	40,000
31	27,500	15,100	34,200	19,400	2,900	2,300	16,100	14,200	4,500	3,900	36,100	40,400
32	27,900	15,200	35,100	19,900	2,900	2,300	16,500	14,500	4,600	4,000	36,500	40,800
33	28,300	15,400	36,000	20,300	2,800	2,300	16,900	14,700	4,800	4,100	37,000	41,100
34	28,800	15,500	36,900	20,700	2,800	2,200	17,300	14,900	4,900	4,200	37,400	41,400
35	29,200	15,600	37,900	21,200	2,800	2,200	17,700	15,100	5,100	4,300	37,800	41,700
36	29,600	15,800	39,000	21,700	2,700	2,200	18,200	15,400	5,200	4,400	38,200	42,000
37	30,100	15,900	40,100	22,300	2,700	2,100	18,600	15,500	5,400	4,500	38,500	42,300
38	30,500	16,100	41,200	22,800	2,600	2,100	19,000	15,700	5,500	4,600	38,800	42,600
39	30,900	16,200	42,400	23,400	2,600	2,100	19,300	15,800	5,700	4,700	39,100	42,800
40	31,300	16,300	43,600	24,000	2,600	2,000	19,700	16,000	5,800	4,800	39,300	42,900
41	31,700	16,400	44,800	24,600	2,500	2,000	20,100	16,100	6,000	4,800	39,500	43,000
42	32,000	16,500	46,100	25,300	2,500	2,000	20,400	16,100	6,100	4,900	39,600	42,900
43	32,300	16,500	47,400	26,000	2,400	1,900	20,700	16,200	6,200	5,000	39,600	42,800
44	32,600	16,600	48,800	26,700	2,400	1,900	21,000	16,200	6,300	5,000	39,600	42,500
45	32,900	16,700	50,300	27,400	2,300	1,800	21,300	16,100	6,400	5,000	39,600	42,200
46	33,100	16,700	51,900	28,300	2,200	1,800	21,500	16,000	6,500	5,000	39,500	41,700
47	33,400	16,700	53,600	29,100	2,200	1,800	21,700	15,900	6,600	5,100	39,300	41,100
48	33,600	16,800	55,400	30,100	2,100	1,700	21,800	15,800	6,700	5,000	39,100	40,400
49	33,800	16,800	57,400	31,200	2,100	1,700	21,900	15,600	6,700	5,000	38,800	39,600
50	33,900	16,800	59,400	32,400	2,000	1,600	22,000	15,300	6,700	5,000	38,400	38,800
51	33,900	16,700	61,500	33,500	1,900	1,500	22,000	15,100	6,700	4,900	38,000	37,900
52	33,900	16,600	63,800	34,800	1,900	1,500	21,900	14,800	6,700	4,900	37,500	36,900
53	33,700	16,500	66,200	36,200	1,800	1,400	21,800	14,400	6,700	4,800	36,800	35,800
54	33,500	16,300	68,800	37,800	1,700	1,400	21,500	14,100	6,600	4,700	36,100	34,600
55	33,200	16,200	71,700	39,600	1,600	1,300	21,200	13,700	6,500	4,600	35,200	33,400
56	32,800	15,900	75,000	41,700	1,600	1,200	20,800	13,300	6,300	4,500	34,200	32,000
57	32,400	15,700	78,800	44,100	1,500	1,200	20,200	12,800	6,100	4,300	33,000	30,600
58	31,800	15,400	83,300	46,900	1,400	1,100	19,600	12,300	5,900	4,200	31,700	29,100
59	31,200	15,100	88,700	50,400	1,300	1,000	18,700	11,700	5,600	4,000	30,200	27,500
60	30,300	14,700	95,300	54,700	1,200	1,000	17,700	11,000	5,300	3,800	28,500	25,800

○ 70세 만기 10년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절 특약		3대질병 치료특약		3대질병 입원특약		입원수술 특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	12,500	7,700	14,100	8,800	1,800	1,400	5,600	5,200	1,500	1,300	15,500	16,500
16	12,700	7,800	14,400	9,000	1,800	1,400	5,800	5,300	1,600	1,400	15,800	16,900
17	12,900	7,800	14,700	9,100	1,800	1,400	5,900	5,400	1,600	1,400	16,100	17,300
18	13,100	7,900	15,000	9,300	1,800	1,400	6,100	5,600	1,700	1,500	16,400	17,700
19	13,300	8,000	15,300	9,400	1,800	1,400	6,200	5,700	1,700	1,500	16,600	18,100
20	13,500	8,100	15,700	9,600	1,800	1,400	6,400	5,900	1,800	1,600	16,900	18,500
21	13,700	8,100	16,000	9,700	1,800	1,400	6,600	6,000	1,800	1,600	17,100	18,900
22	13,900	8,200	16,300	9,900	1,700	1,400	6,800	6,200	1,900	1,700	17,300	19,200
23	14,100	8,300	16,700	10,100	1,700	1,400	6,900	6,400	1,900	1,700	17,500	19,600
24	14,300	8,300	17,000	10,200	1,700	1,400	7,100	6,500	2,000	1,800	17,700	19,900
25	14,500	8,400	17,400	10,400	1,700	1,300	7,300	6,700	2,000	1,800	17,900	20,300
26	14,600	8,500	17,800	10,600	1,700	1,300	7,500	6,800	2,100	1,900	18,200	20,600
27	14,900	8,500	18,200	10,800	1,700	1,300	7,700	7,000	2,200	1,900	18,400	20,800
28	15,100	8,600	18,600	11,000	1,700	1,300	8,000	7,100	2,200	2,000	18,600	21,100
29	15,300	8,700	19,100	11,300	1,600	1,300	8,200	7,300	2,300	2,000	18,900	21,300
30	15,500	8,800	19,600	11,500	1,600	1,300	8,400	7,400	2,400	2,100	19,100	21,500
31	15,700	8,900	20,000	11,800	1,600	1,300	8,600	7,600	2,500	2,200	19,400	21,800
32	15,900	8,900	20,600	12,000	1,600	1,300	8,900	7,700	2,500	2,200	19,600	22,000
33	16,200	9,000	21,100	12,300	1,600	1,200	9,100	7,900	2,600	2,300	19,900	22,200
34	16,400	9,100	21,700	12,600	1,500	1,200	9,300	8,000	2,700	2,300	20,100	22,300
35	16,700	9,200	22,300	12,900	1,500	1,200	9,500	8,100	2,800	2,400	20,400	22,500
36	16,900	9,200	23,000	13,200	1,500	1,200	9,800	8,200	2,900	2,400	20,600	22,700
37	17,100	9,300	23,700	13,600	1,500	1,200	10,000	8,300	3,000	2,500	20,800	22,800
38	17,400	9,400	24,400	14,000	1,500	1,200	10,200	8,400	3,100	2,500	20,900	23,000
39	17,600	9,500	25,100	14,300	1,400	1,100	10,400	8,500	3,100	2,600	21,100	23,100
40	17,900	9,500	25,900	14,800	1,400	1,100	10,700	8,600	3,200	2,600	21,200	23,200
41	18,100	9,600	26,700	15,200	1,400	1,100	10,900	8,600	3,300	2,700	21,300	23,200
42	18,200	9,600	27,600	15,600	1,400	1,100	11,100	8,700	3,400	2,700	21,400	23,200
43	18,400	9,700	28,500	16,100	1,300	1,100	11,200	8,700	3,400	2,700	21,500	23,100
44	18,600	9,700	29,400	16,600	1,300	1,000	11,400	8,700	3,500	2,700	21,500	23,000
45	18,800	9,700	30,500	17,200	1,300	1,000	11,600	8,700	3,600	2,800	21,500	22,800
46	18,900	9,800	31,600	17,800	1,200	1,000	11,700	8,600	3,600	2,800	21,400	22,500
47	19,100	9,800	32,800	18,500	1,200	1,000	11,800	8,500	3,700	2,800	21,400	22,200
48	19,200	9,800	34,200	19,200	1,200	900	11,900	8,500	3,700	2,800	21,300	21,800
49	19,300	9,800	35,700	20,000	1,100	900	12,000	8,400	3,700	2,800	21,100	21,400
50	19,400	9,800	37,300	21,000	1,100	900	12,000	8,200	3,700	2,800	20,900	21,000
51	19,500	9,800	39,000	22,000	1,100	900	12,000	8,100	3,700	2,700	20,700	20,500
52	19,500	9,700	40,900	23,100	1,000	800	12,000	7,900	3,700	2,700	20,500	19,900
53	19,400	9,700	43,000	24,400	1,000	800	11,900	7,800	3,700	2,600	20,100	19,300
54	19,300	9,600	45,400	25,900	1,000	800	11,800	7,600	3,700	2,600	19,800	18,700
55	19,200	9,500	48,300	27,700	900	700	11,700	7,400	3,600	2,500	19,300	18,000
56	19,000	9,400	51,700	29,900	900	700	11,500	7,100	3,500	2,500	18,800	17,300
57	18,800	9,300	56,100	32,600	800	700	11,200	6,900	3,400	2,400	18,200	16,500
58	18,500	9,100	61,700	36,100	800	600	10,800	6,600	3,300	2,300	17,500	15,700
59	18,200	9,000	69,100	41,000	700	600	10,400	6,300	3,200	2,200	16,700	14,900
60	17,800	8,700	79,700	47,900	700	500	9,900	5,900	3,000	2,100	15,800	14,000

○ 70세 만기 20년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절특약		3대질병치료특약		3대질병입원특약		입원수술특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	8,000	5,100	9,200	6,000	1,100	900	3,200	2,900	900	800	8,900	9,500
16	8,100	5,100	9,400	6,100	1,100	900	3,200	3,000	900	800	9,000	9,700
17	8,200	5,200	9,600	6,200	1,100	900	3,300	3,000	1,000	800	9,200	9,900
18	8,300	5,200	9,800	6,400	1,100	800	3,400	3,100	1,000	900	9,400	10,200
19	8,500	5,300	10,100	6,500	1,100	800	3,500	3,200	1,000	900	9,600	10,400
20	8,600	5,300	10,300	6,600	1,100	800	3,600	3,300	1,100	900	9,700	10,600
21	8,700	5,400	10,500	6,700	1,100	800	3,700	3,400	1,100	1,000	9,800	10,900
22	8,800	5,400	10,800	6,800	1,000	800	3,800	3,500	1,100	1,000	10,000	11,100
23	8,900	5,400	11,000	6,900	1,000	800	4,000	3,600	1,100	1,000	10,100	11,300
24	9,100	5,500	11,200	7,100	1,000	800	4,100	3,700	1,200	1,100	10,200	11,500
25	9,200	5,500	11,500	7,200	1,000	800	4,200	3,800	1,200	1,100	10,300	11,700
26	9,300	5,600	11,800	7,300	1,000	800	4,300	3,900	1,300	1,100	10,500	11,900
27	9,400	5,600	12,100	7,500	1,000	800	4,400	4,000	1,300	1,200	10,600	12,100
28	9,500	5,700	12,400	7,700	1,000	800	4,600	4,100	1,300	1,200	10,800	12,200
29	9,700	5,700	12,700	7,900	1,000	800	4,700	4,200	1,400	1,200	10,900	12,400
30	9,800	5,800	13,100	8,000	1,000	800	4,800	4,200	1,400	1,300	11,100	12,500
31	10,000	5,800	13,400	8,200	1,000	800	5,000	4,300	1,500	1,300	11,300	12,600
32	10,100	5,900	13,800	8,500	1,000	800	5,100	4,400	1,500	1,300	11,400	12,800
33	10,200	5,900	14,300	8,700	900	700	5,300	4,500	1,600	1,400	11,600	12,900
34	10,400	6,000	14,700	8,900	900	700	5,400	4,600	1,600	1,400	11,700	13,000
35	10,500	6,000	15,200	9,200	900	700	5,600	4,700	1,700	1,400	11,900	13,100
36	10,700	6,100	15,700	9,500	900	700	5,700	4,700	1,700	1,500	12,000	13,200
37	10,900	6,100	16,300	9,800	900	700	5,800	4,800	1,800	1,500	12,200	13,300
38	11,000	6,100	16,900	10,100	900	700	6,000	4,800	1,800	1,500	12,300	13,400
39	11,200	6,200	17,500	10,500	900	700	6,100	4,900	1,900	1,600	12,400	13,500
40	11,300	6,200	18,200	10,900	900	700	6,300	4,900	1,900	1,600	12,500	13,500
41	11,500	6,300	19,000	11,300	800	700	6,400	5,000	2,000	1,600	12,600	13,500
42	11,600	6,300	19,700	11,700	800	600	6,500	5,000	2,000	1,600	12,600	13,500
43	11,700	6,300	20,600	12,200	800	600	6,700	5,000	2,100	1,600	12,700	13,500
44	11,900	6,400	21,600	12,700	800	600	6,800	5,000	2,100	1,700	12,700	13,400
45	12,000	6,400	22,600	13,400	800	600	6,900	5,000	2,200	1,700	12,800	13,300
46	12,100	6,400	23,900	14,100	800	600	7,000	5,000	2,200	1,700	12,800	13,200
47	12,200	6,400	25,300	14,900	700	600	7,100	5,000	2,200	1,700	12,800	13,000
48	12,300	6,400	26,900	15,800	700	600	7,100	4,900	2,300	1,700	12,700	12,800
49	12,500	6,400	28,800	16,900	700	500	7,200	4,900	2,300	1,700	12,700	12,600
50	12,600	6,500	31,000	18,300	700	500	7,300	4,800	2,300	1,700	12,600	12,300

○ 80세 만기 5년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절특약		3대질병치료특약		3대질병입원특약		입원수술특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	27,100	16,000	28,500	17,200	3,400	2,700	12,500	11,300	3,400	2,900	32,500	34,900
16	27,700	16,300	29,100	17,500	3,400	2,700	12,800	11,600	3,500	3,000	33,200	35,800
17	28,300	16,500	29,800	17,900	3,400	2,700	13,200	11,900	3,600	3,100	33,900	36,600
18	28,900	16,800	30,500	18,200	3,400	2,700	13,500	12,200	3,700	3,200	34,500	37,500
19	29,600	17,100	31,300	18,600	3,400	2,700	13,900	12,600	3,800	3,300	35,200	38,400
20	30,200	17,400	32,000	19,000	3,300	2,700	14,300	12,900	4,000	3,400	35,800	39,300
21	30,800	17,600	32,800	19,300	3,300	2,700	14,700	13,300	4,100	3,500	36,400	40,200
22	31,400	17,900	33,500	19,700	3,300	2,600	15,100	13,600	4,200	3,600	36,900	41,100
23	32,100	18,200	34,300	20,100	3,300	2,600	15,600	14,000	4,300	3,800	37,500	42,000
24	32,700	18,500	35,100	20,500	3,300	2,600	16,000	14,400	4,500	3,900	38,000	42,800
25	33,400	18,800	35,900	20,900	3,200	2,600	16,500	14,800	4,600	4,000	38,600	43,600
26	34,100	19,100	36,800	21,400	3,200	2,600	17,000	15,100	4,800	4,100	39,200	44,400
27	34,800	19,400	37,700	21,800	3,200	2,600	17,500	15,500	4,900	4,300	39,900	45,100
28	35,500	19,800	38,600	22,300	3,200	2,600	18,000	15,900	5,100	4,400	40,600	45,900
29	36,300	20,100	39,600	22,900	3,200	2,500	18,500	16,300	5,300	4,500	41,200	46,600
30	37,100	20,500	40,600	23,400	3,100	2,500	19,000	16,600	5,500	4,700	41,900	47,300
31	37,900	20,800	41,600	24,000	3,100	2,500	19,600	17,000	5,700	4,800	42,600	47,900
32	38,700	21,200	42,700	24,500	3,100	2,500	20,100	17,400	5,900	4,900	43,300	48,600
33	39,600	21,600	43,800	25,200	3,000	2,500	20,700	17,700	6,100	5,100	44,100	49,300
34	40,500	22,000	45,000	25,800	3,000	2,400	21,300	18,100	6,300	5,200	44,800	49,900
35	41,400	22,400	46,200	26,400	3,000	2,400	21,800	18,400	6,500	5,400	45,500	50,500
36	42,300	22,800	47,500	27,100	3,000	2,400	22,400	18,800	6,700	5,500	46,200	51,200
37	43,300	23,200	48,800	27,900	2,900	2,400	23,000	19,100	6,900	5,600	46,900	51,900
38	44,200	23,700	50,200	28,600	2,900	2,400	23,600	19,400	7,100	5,800	47,500	52,500
39	45,200	24,100	51,600	29,400	2,900	2,300	24,200	19,700	7,300	5,900	48,100	53,100
40	46,300	24,600	53,100	30,200	2,800	2,300	24,700	20,000	7,500	6,000	48,700	53,700
41	47,200	25,000	54,500	31,000	2,800	2,300	25,300	20,300	7,700	6,200	49,300	54,100
42	48,200	25,400	56,000	31,900	2,800	2,300	25,900	20,500	7,900	6,300	49,800	54,600
43	49,200	25,900	57,500	32,700	2,700	2,200	26,500	20,800	8,100	6,400	50,300	54,900
44	50,200	26,300	59,200	33,700	2,700	2,200	27,000	21,000	8,300	6,500	50,800	55,100
45	51,200	26,800	60,800	34,700	2,600	2,200	27,500	21,100	8,500	6,600	51,200	55,300
46	52,300	27,200	62,600	35,700	2,600	2,100	28,000	21,300	8,700	6,700	51,600	55,400
47	53,300	27,700	64,400	36,800	2,600	2,100	28,500	21,400	8,800	6,700	52,000	55,400
48	54,400	28,200	66,400	37,900	2,500	2,100	29,000	21,500	9,000	6,800	52,300	55,200
49	55,500	28,600	68,400	39,100	2,500	2,000	29,400	21,500	9,200	6,800	52,600	55,100
50	56,600	29,200	70,400	40,400	2,400	2,000	29,800	21,600	9,300	6,900	52,800	54,900
51	57,700	29,600	72,500	41,700	2,400	2,000	30,200	21,600	9,400	6,900	53,000	54,600
52	58,700	30,000	74,700	43,100	2,300	1,900	30,500	21,600	9,500	6,900	53,200	54,300
53	59,700	30,500	76,900	44,600	2,300	1,900	30,800	21,600	9,600	6,900	53,300	54,000
54	60,600	30,900	79,200	46,100	2,200	1,800	31,100	21,500	9,600	6,900	53,300	53,600
55	61,600	31,400	81,600	47,800	2,200	1,800	31,200	21,500	9,700	6,900	53,200	53,200
56	62,600	31,800	84,200	49,500	2,100	1,800	31,300	21,400	9,700	6,900	53,000	52,700
57	63,600	32,200	86,900	51,500	2,100	1,700	31,400	21,400	9,600	6,800	52,700	52,100
58	64,500	32,700	89,900	53,500	2,000	1,700	31,300	21,200	9,500	6,800	52,400	51,500
59	65,500	33,100	93,000	55,800	1,900	1,600	31,200	21,100	9,500	6,700	51,900	50,900
60	66,400	33,500	96,400	58,200	1,900	1,600	30,900	20,900	9,400	6,600	51,400	50,300
61	67,200	33,800	99,800	60,600	1,800	1,500	30,500	20,600	9,300	6,500	50,700	49,700
62	67,800	34,000	103,400	63,300	1,800	1,500	30,100	20,200	9,100	6,400	50,000	49,000
63	68,400	34,200	107,400	66,300	1,700	1,400	29,600	19,800	9,000	6,300	49,200	48,400
64	68,800	34,300	111,600	69,600	1,600	1,300	29,000	19,400	8,900	6,100	48,300	47,600
65	69,200	34,400	116,400	73,300	1,500	1,300	28,300	18,900	8,700	5,900	47,300	46,600
66	69,400	34,400	121,700	77,600	1,500	1,200	27,600	18,300	8,500	5,800	46,300	45,500
67	69,400	34,400	127,700	82,500	1,400	1,200	26,800	17,600	8,300	5,500	45,200	44,200
68	69,100	34,200	134,600	88,200	1,300	1,100	25,800	16,900	8,000	5,300	44,000	42,800
69	68,600	33,800	142,800	95,000	1,200	1,000	24,800	16,000	7,800	5,100	42,700	41,100
70	67,900	33,200	153,100	103,400	1,200	900	23,600	15,100	7,400	4,800	41,000	39,200

○ 80세 만기 10년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절특약		3대질병치료특약		3대질병입원특약		입원수술특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	15,500	9,400	16,300	10,100	1,900	1,500	6,600	6,000	1,900	1,600	17,400	18,700
16	15,800	9,500	16,700	10,300	1,900	1,500	6,800	6,100	1,900	1,600	17,800	19,200
17	16,100	9,700	17,100	10,500	1,900	1,500	7,000	6,300	2,000	1,700	18,200	19,700
18	16,500	9,800	17,500	10,700	1,900	1,500	7,200	6,500	2,000	1,700	18,500	20,200
19	16,800	10,000	17,900	10,900	1,800	1,500	7,400	6,700	2,100	1,800	18,900	20,600
20	17,200	10,100	18,300	11,100	1,800	1,500	7,600	6,900	2,200	1,900	19,200	21,100
21	17,500	10,300	18,700	11,300	1,800	1,500	7,900	7,100	2,200	1,900	19,500	21,600
22	17,900	10,400	19,200	11,600	1,800	1,500	8,100	7,300	2,300	2,000	19,900	22,100
23	18,200	10,600	19,600	11,800	1,800	1,400	8,300	7,500	2,400	2,100	20,200	22,600
24	18,600	10,700	20,100	12,000	1,800	1,400	8,600	7,700	2,500	2,100	20,500	23,100
25	18,900	10,900	20,500	12,300	1,800	1,400	8,800	7,900	2,500	2,200	20,800	23,500
26	19,300	11,100	21,000	12,500	1,800	1,400	9,100	8,100	2,600	2,300	21,100	23,900
27	19,700	11,200	21,500	12,800	1,800	1,400	9,400	8,300	2,700	2,300	21,500	24,300
28	20,100	11,400	22,000	13,100	1,700	1,400	9,600	8,500	2,800	2,400	21,800	24,700
29	20,500	11,600	22,600	13,400	1,700	1,400	9,900	8,700	2,900	2,500	22,200	25,100
30	21,000	11,800	23,200	13,700	1,700	1,400	10,200	8,900	3,000	2,600	22,600	25,500
31	21,400	12,000	23,800	14,000	1,700	1,400	10,500	9,100	3,100	2,600	23,000	25,900
32	21,900	12,200	24,400	14,400	1,700	1,400	10,800	9,300	3,200	2,700	23,400	26,300
33	22,400	12,400	25,000	14,700	1,700	1,400	11,200	9,500	3,300	2,800	23,800	26,600
34	22,900	12,700	25,700	15,100	1,700	1,300	11,500	9,700	3,400	2,900	24,200	27,000
35	23,400	12,900	26,400	15,500	1,600	1,300	11,800	9,900	3,600	3,000	24,600	27,300
36	23,900	13,100	27,200	15,900	1,600	1,300	12,100	10,100	3,700	3,000	25,000	27,700
37	24,400	13,400	27,900	16,300	1,600	1,300	12,400	10,300	3,800	3,100	25,400	28,100
38	25,000	13,600	28,700	16,800	1,600	1,300	12,800	10,500	3,900	3,200	25,800	28,400
39	25,500	13,800	29,600	17,200	1,600	1,300	13,100	10,600	4,000	3,300	26,100	28,800
40	26,100	14,100	30,400	17,700	1,600	1,300	13,400	10,800	4,100	3,300	26,500	29,100
41	26,700	14,300	31,300	18,200	1,500	1,300	13,800	10,900	4,300	3,400	26,800	29,300
42	27,200	14,600	32,200	18,700	1,500	1,200	14,100	11,100	4,400	3,500	27,100	29,600
43	27,800	14,800	33,100	19,300	1,500	1,200	14,400	11,200	4,500	3,500	27,400	29,800
44	28,300	15,100	34,100	19,800	1,500	1,200	14,700	11,300	4,600	3,600	27,700	29,900
45	28,900	15,300	35,100	20,400	1,500	1,200	15,000	11,400	4,700	3,600	27,900	30,000
46	29,500	15,600	36,200	21,100	1,400	1,200	15,300	11,500	4,800	3,700	28,200	30,100
47	30,200	15,800	37,300	21,800	1,400	1,200	15,600	11,600	4,900	3,700	28,400	30,100
48	30,800	16,100	38,500	22,500	1,400	1,100	15,900	11,600	5,000	3,700	28,600	30,000
49	31,500	16,400	39,800	23,300	1,400	1,100	16,100	11,700	5,100	3,800	28,800	29,900
50	32,100	16,700	41,100	24,100	1,300	1,100	16,400	11,700	5,200	3,800	29,000	29,900
51	32,700	16,900	42,400	24,900	1,300	1,100	16,600	11,700	5,200	3,800	29,100	29,700
52	33,300	17,200	43,800	25,800	1,300	1,100	16,800	11,700	5,300	3,800	29,200	29,600
53	33,900	17,400	45,200	26,800	1,300	1,000	17,000	11,700	5,300	3,800	29,300	29,400
54	34,500	17,700	46,800	27,800	1,200	1,000	17,200	11,700	5,400	3,800	29,400	29,200
55	35,100	17,900	48,400	29,000	1,200	1,000	17,300	11,700	5,400	3,800	29,400	29,000
56	35,700	18,200	50,200	30,200	1,200	1,000	17,400	11,700	5,400	3,800	29,400	28,800
57	36,400	18,500	52,200	31,600	1,200	900	17,500	11,600	5,400	3,800	29,300	28,500
58	37,100	18,700	54,400	33,100	1,100	900	17,500	11,600	5,400	3,800	29,200	28,200
59	37,700	19,000	56,800	34,700	1,100	900	17,500	11,500	5,300	3,700	29,000	27,900
60	38,400	19,200	59,400	36,600	1,100	900	17,400	11,400	5,300	3,700	28,800	27,600
61	38,900	19,400	62,200	38,600	1,000	800	17,200	11,300	5,200	3,600	28,600	27,300
62	39,500	19,600	65,400	40,900	1,000	800	17,100	11,100	5,200	3,600	28,300	27,000
63	40,000	19,800	68,900	43,500	1,000	800	16,900	10,900	5,100	3,500	28,000	26,700
64	40,500	19,900	73,100	46,600	900	700	16,600	10,700	5,100	3,400	27,600	26,400
65	41,000	20,000	78,000	50,300	900	700	16,300	10,500	5,000	3,300	27,300	26,000
66	41,400	20,100	84,000	54,800	900	700	16,000	10,200	4,900	3,200	26,900	25,400
67	41,800	20,200	91,500	60,600	800	600	15,700	9,800	4,800	3,100	26,500	24,800
68	42,000	20,100	101,100	68,200	800	600	15,300	9,500	4,700	3,000	26,000	24,100
69	42,100	20,100	114,300	78,800	700	600	14,800	9,000	4,600	2,900	25,500	23,300
70	42,200	19,900	133,800	94,900	700	500	14,300	8,500	4,400	2,700	24,800	22,400

○ 80세 만기 20년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	주계약				상해골절특약		3대질병치료특약		3대질병입원특약		입원수술특약	
	순수보장형		만기환급형									
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	9,800	6,100	10,400	6,700	1,100	900	3,800	3,400	1,100	900	10,000	10,800
16	10,000	6,200	10,700	6,800	1,100	900	3,900	3,500	1,100	1,000	10,200	11,100
17	10,200	6,300	10,900	7,000	1,100	900	4,000	3,600	1,200	1,000	10,500	11,300
18	10,400	6,400	11,100	7,100	1,100	900	4,100	3,700	1,200	1,000	10,700	11,600
19	10,600	6,500	11,400	7,200	1,100	900	4,200	3,800	1,300	1,100	10,900	11,900
20	10,800	6,500	11,700	7,400	1,100	900	4,400	3,900	1,300	1,100	11,100	12,200
21	11,000	6,600	11,900	7,500	1,100	900	4,500	4,000	1,300	1,200	11,300	12,500
22	11,200	6,700	12,200	7,600	1,100	900	4,600	4,100	1,400	1,200	11,500	12,800
23	11,400	6,800	12,500	7,800	1,100	900	4,800	4,300	1,400	1,200	11,700	13,100
24	11,600	6,900	12,800	7,900	1,100	900	4,900	4,400	1,500	1,300	11,900	13,400
25	11,900	7,000	13,100	8,100	1,100	900	5,100	4,500	1,500	1,300	12,100	13,700
26	12,100	7,100	13,400	8,300	1,100	800	5,300	4,600	1,600	1,400	12,300	13,900
27	12,300	7,200	13,700	8,500	1,100	800	5,400	4,800	1,600	1,400	12,500	14,200
28	12,600	7,300	14,100	8,700	1,000	800	5,600	4,900	1,700	1,400	12,700	14,400
29	12,800	7,500	14,400	8,900	1,000	800	5,800	5,000	1,700	1,500	12,900	14,600
30	13,100	7,600	14,800	9,100	1,000	800	5,900	5,100	1,800	1,500	13,200	14,900
31	13,400	7,700	15,200	9,300	1,000	800	6,100	5,300	1,900	1,600	13,400	15,100
32	13,700	7,800	15,600	9,500	1,000	800	6,300	5,400	1,900	1,600	13,700	15,300
33	14,000	8,000	16,000	9,800	1,000	800	6,500	5,500	2,000	1,700	13,900	15,500
34	14,300	8,100	16,500	10,000	1,000	800	6,700	5,600	2,100	1,700	14,200	15,800
35	14,600	8,200	17,000	10,300	1,000	800	6,900	5,700	2,100	1,800	14,400	16,000
36	14,900	8,400	17,500	10,600	1,000	800	7,100	5,900	2,200	1,800	14,700	16,200
37	15,300	8,500	18,000	10,900	1,000	800	7,300	6,000	2,300	1,900	14,900	16,400
38	15,600	8,700	18,600	11,200	1,000	800	7,500	6,100	2,400	1,900	15,200	16,700
39	16,000	8,800	19,100	11,600	1,000	800	7,700	6,200	2,400	2,000	15,400	16,900
40	16,300	9,000	19,700	11,900	900	800	8,000	6,300	2,500	2,000	15,700	17,100
41	16,700	9,100	20,400	12,300	900	800	8,200	6,400	2,600	2,000	15,900	17,200
42	17,100	9,300	21,000	12,700	900	700	8,400	6,500	2,700	2,100	16,100	17,400
43	17,400	9,400	21,700	13,100	900	700	8,600	6,600	2,700	2,100	16,300	17,500
44	17,800	9,600	22,400	13,500	900	700	8,800	6,600	2,800	2,100	16,500	17,600
45	18,200	9,700	23,200	14,000	900	700	9,000	6,700	2,900	2,200	16,700	17,700
46	18,600	9,900	24,000	14,500	900	700	9,200	6,700	2,900	2,200	16,900	17,800
47	19,100	10,100	24,900	15,000	900	700	9,400	6,800	3,000	2,200	17,100	17,800
48	19,500	10,200	25,900	15,600	900	700	9,600	6,800	3,100	2,300	17,300	17,800
49	20,000	10,400	26,900	16,300	800	700	9,800	6,900	3,100	2,300	17,400	17,800
50	20,400	10,600	28,000	17,000	800	700	10,000	6,900	3,200	2,300	17,600	17,700
51	20,900	10,800	29,200	17,700	800	700	10,200	6,900	3,200	2,300	17,800	17,700
52	21,400	11,000	30,500	18,600	800	600	10,400	6,900	3,300	2,300	17,900	17,700
53	21,800	11,200	31,900	19,500	800	600	10,500	7,000	3,300	2,300	18,100	17,600
54	22,300	11,300	33,500	20,500	800	600	10,700	7,000	3,400	2,300	18,200	17,500
55	22,900	11,500	35,200	21,700	800	600	10,900	7,000	3,400	2,300	18,400	17,500
56	23,400	11,700	37,200	23,100	700	600	11,000	7,000	3,400	2,300	18,500	17,400
57	24,000	11,900	39,600	24,700	700	600	11,100	7,000	3,400	2,300	18,600	17,300
58	24,700	12,200	42,300	26,600	700	600	11,300	7,000	3,400	2,300	18,700	17,200
59	25,300	12,400	45,500	28,800	700	500	11,300	7,000	3,400	2,300	18,800	17,200
60	26,000	12,600	49,400	31,600	700	500	11,400	7,000	3,400	2,300	18,900	17,100

□ 해약환급금 예시표

○ 60세 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 20년납 기준, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	91,200	-	252,000	101,500
3년	273,600	26,700	756,000	528,600
5년	456,000	106,800	1,260,000	981,900
10년	912,000	183,900	2,520,000	2,142,100
15년	1,368,000	156,700	3,780,000	3,470,800
20년	1,824,000	-	5,040,000	5,040,000

○ 70세 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 20년납 기준, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	135,600	-	218,400	69,300
3년	406,800	168,300	655,200	425,000
5년	678,000	352,900	1,092,000	800,700
10년	1,356,000	733,400	2,184,000	1,735,900
15년	2,034,000	1,086,100	3,276,000	2,782,900
20년	2,712,000	1,412,900	4,368,000	3,993,500
30년	2,712,000	-	4,368,000	4,368,000

○ 80세 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세, 20년납 기준, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	195,600	48,700	236,400	88,300
3년	586,800	356,300	709,200	482,700
5년	978,000	679,800	1,182,000	900,600
10년	1,956,000	1,463,200	2,364,000	1,957,900
15년	2,934,000	2,320,300	3,546,000	3,157,800
20년	3,912,000	3,289,300	4,728,000	4,563,200
30년	3,912,000	3,176,000	4,728,000	5,332,200
40년	3,912,000	-	4,728,000	4,728,000

◆ 무배당 우체국건강클리닉보험

□ 가입요건

○ 주계약

구분	가입나이	보험기간	납입기간	가입한도액(구좌수)
최초계약	0~60세	10년만기 (종신갱신형)	10년납 (전기납)	1구좌 (0.5구좌 단위)
갱신계약	10세 이상			

주) 1. 택시기사, 오토바이운전자, 광부, 선원, 위험레포츠 종사자 등 가입 거절
(단, 오토바이운전자는 이륜자동차부담보특약 가입자에 한하여 가입 허용)

○ 특약 : 이륜차부담보특약

□ 보장내용

○ 주계약 (보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
건강관리자금	만기 생존시	100만원 + 플러스적립금		
3대질병 치료보험금	최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정시 (각각 1회한이며, 뇌출혈 및 급성심근경색증은 15세 계약해당일 이후부터 보장)	구분 / 경과기간	암, 뇌출혈, 급성심근경색증	갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
		1년미만	900만원	90만원
		2년미만	2,100만원	210만원
		2년이상	3,000만원	300만원
10대성인질환 입원급부금	10대성인질환으로 입원시 (입원일수 1일당)	3만원 (120일 한도)		
10대성인질환 수술급부금	10대성인질환으로 수술시 (수술 1회당)	100만원		
입원치료자금	질병 또는 재해로 10일 이상 계속 입원시	10일~20일미만	10만원	
		20일~30일미만	30만원	
		30일~50일미만	50만원	
		50일~100일미만	100만원	
		100일~200일미만	200만원	
		200일이상	500만원	
수술급부금	질병 또는 재해로 수술시 (수술 1회당)	1종수술	10만원	
		2종수술	30만원	
		3종수술	50만원	
		4종수술	100만원	
		5종수술	500만원	
장해연금	동일한 재해로 장해지급률 50%이상 장해시	100%	500만원씩 10년	
		80%~100%미만	300만원씩 10년	
		50%~80%미만	100만원씩 10년	
		(매년 장해진단해당일 확정지급)		
장해급부금	재해로 장해지급률 중 3%이상 50%미만 장해시	1,000만원 × 해당 장해지급률		

골절치료자금	재해로 골절시 (사고 1회당)	30만원

○ 이륜자동차부담보특약

가입대상	이륜자동차 운전자(소유자 포함)
부담보 범위	이륜자동차 운전(탑승 포함) 중에 발생한 재해로 인하여 주계약 및 특약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금 부지급

주) 1. 이륜자동차 운전자(소유자 포함)는 주계약과 함께 반드시 이 특약을 가입해야 함.
2. 이륜자동차란
- 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함)와 배기량이 50시시 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말함.

□ 보험료표

o 10년 만기 전기납

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준, 단위 : 원)

가입나이	남 자	여 자	가입나이	남 자	여 자
0	17,400	17,200			
1	17,000	16,800	31	23,800	25,200
2	16,800	16,600	32	24,600	26,000
3	16,700	16,400	33	25,500	26,800
4	16,600	16,400	34	26,400	27,700
5	16,600	16,400	35	27,500	28,600
6	16,700	16,300	36	28,600	29,600
7	16,700	16,300	37	29,800	30,700
8	16,800	16,400	38	31,100	31,900
9	17,000	16,400	39	32,500	33,000
10	17,200	16,500	40	33,900	34,200
11	17,400	16,600	41	35,400	35,300
12	17,600	16,700	42	37,000	36,400
13	17,900	16,900	43	38,700	37,500
14	18,200	17,100	44	40,500	38,500
15	18,500	17,300	45	42,300	39,400
16	18,700	17,600	46	44,300	40,300
17	18,900	17,900	47	46,400	41,100
18	19,200	18,300	48	48,700	41,900
19	19,400	18,700	49	51,100	42,700
20	19,600	19,100	50	53,700	43,500
21	19,700	19,500	51	56,400	44,300
22	19,900	20,000	52	59,300	45,300
23	20,100	20,500	53	62,300	46,200
24	20,300	21,000	54	65,200	47,300
25	20,600	21,600	55	68,100	48,600
26	21,000	22,100	56	70,900	49,900
27	21,400	22,700	57	73,600	51,400
28	21,900	23,200	58	76,200	53,000
29	22,400	23,900	59	78,700	54,700
30	23,100	24,500	60	81,200	56,400

□ 해약환급금 예시표

o 남자 (보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기 전기납 기준, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	30세		해약환급금
		해약환급금	납입보험료	
1년	406,800	50,600	600	51,200
3년	1,220,400	435,200	5,200	440,400
5년	2,034,000	739,900	13,300	753,200
7년	2,847,600	900,200	24,300	924,500
10년	4,068,000	1,000,000	45,200	1,045,200

o 여자 (보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기 전기납 기준, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	30세		해약환급금
		해약환급금	납입보험료	
1년	410,400	48,200	600	48,800
3년	1,231,200	412,400	5,100	417,500
5년	2,052,000	699,300	12,700	712,000
7년	2,872,800	854,000	23,200	877,200
10년	4,104,000	1,000,000	43,400	1,043,400

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지며, 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됨.
2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산.

◆ 무배당 우체국큰병큰보장보험

□ 가입요건

구 분	가입나이	보험기간	납입기간	보험가입금액(구좌수)
최초계약	만15~60세	10년만기 (종신갱신형)	10년납 (전기납)	1구좌 (0.5구좌 단위)
갱신계약	만25세이상			

□ 보장내용

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
건강관리자금	만기 생존시	100만원 + 플러스적립금		
3대질병 치료보험금	최초의 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정시 (각각 1회한)	구분 / 경과기간	암, 뇌출혈, 급성심근경색증	갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
		1년미만	900만원	90만원
		2년미만	2,100만원	210만원
		2년이상	3,000만원	300만원
3대질병 입원급부금	암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 입원시 (입원일수 1일당, 120일 한도)	1년미만	1만5천원	
		2년미만	3만5천원	
		2년이상	5만원	
3대질병 수술급부금	암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 수술시 (수술 1회당)	1년미만	30만원	
		2년미만	70만원	
		2년이상	100만원	

□ 보험료표

o 10년 만기 전기납

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준, 단위 : 원)

가입나이	남 자	여 자	가입나이	남 자	여 자
15	15,000	14,800			
16	15,100	14,900	36	21,900	23,100
17	15,200	15,000	37	22,800	23,900
18	15,300	15,200	38	23,800	24,700
19	15,400	15,400	39	24,900	25,500
20	15,500	15,600	40	26,000	26,300
21	15,600	15,900	41	27,200	27,100
22	15,700	16,100	42	28,400	27,900
23	15,800	16,400	43	29,800	28,600
24	16,000	16,800	44	31,200	29,400
25	16,200	17,100	45	32,700	30,000
26	16,500	17,500	46	34,300	30,600
27	16,800	17,900	47	36,000	31,200
28	17,100	18,400	48	37,900	31,700
29	17,500	18,800	49	39,800	32,300
30	17,900	19,400	50	42,000	32,900
31	18,400	19,900	51	44,200	33,500
32	19,000	20,500	52	46,600	34,300
33	19,600	21,100	53	49,000	35,000
34	20,300	21,700	54	51,400	35,900
35	21,100	22,400	55	53,800	36,900
			56	56,100	37,900
			57	58,300	39,100
			58	60,400	40,200
			59	62,400	41,400
			60	64,400	42,500

□ 해약환급금 예시표

o 남자

(보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기 전기납 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	312,000	64,900	600	65,500
3년	936,000	417,700	4,900	422,600
5년	1,560,000	700,700	12,600	713,300
7년	2,184,000	865,300	23,100	888,400
10년	3,120,000	1,000,000	43,400	1,043,400

o 여자

(보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 10년만기 전기납 기준, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	315,600	62,400	600	63,000
3년	946,800	392,200	4,800	397,000
5년	1,578,000	656,200	11,900	668,100
7년	2,209,200	817,000	21,900	838,900
10년	3,156,000	1,000,000	41,500	1,041,500

주) 1. 위 예시된 금액은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율이 변동하면 위 예시된 금액도 달라지며, 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라지게 됨.

2. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산.

◆ 무배당 우체국하나로OK보험

□ 가입요건

가입 안내

■ 주계약

구 분	가입나이	보험기간	납입기간	납입주기	보험가입금액
최초계약	만15~60세	10년 (종신갱신형)	전기납	월 납	1,000~4,000만원 (500만원단위)
갱신계약	만25세 이상				

■ 특 약

o 무배당 건강클리닉특약, 무배당 상해클리닉특약, 무배당 3대질병치료특약, 무배당 2대질병치료특약, 무배당 CI치료특약

구 분	가입나이	보험기간	납입기간	납입주기	보험가입금액
최초계약	만15~60세	10년 (종신갱신형)	전기납	월 납	1,000만원 (고정)
갱신계약	만25세 이상				

주) 무배당 3대질병치료특약, 무배당 2대질병치료특약 중복가입 불가

o 무배당 실손의료비특약(종합형/질병형)

구 분	가입나이	보험기간	납입기간	납입주기	보험가입금액
최초계약	만15~60세	5년 (종신갱신형)	전기납	월 납	1,000만원 (고정)
갱신계약	만20세 이상				

보장내용

■ 주계약

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
교통재해 사망보험금	교통재해로 사망시	3,000만원 + 플러스적립금
일반재해 사망보험금	일반재해로 사망시	2,000만원 + 플러스적립금
일반사망 보 험 금	재해 이외의 원인으로 사망시	1,000만원 + 플러스적립금
교통재해 장해급부금	교통재해로 장해시	3,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급부금	일반재해로 장해시	2,000만원 × 해당 장해지급률
건강관리자금	보험기간이 끝날 때까지 생존시	100만원 + 플러스적립금

보험금지급 관련 유의사항

1. 피보험자 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.
2. 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다..
3. 플러스적립금은 적립순보험료를 적립이율과 예정이율의 차이로 부리·적립한 금액으로, 적립이율이 변경된 경우에는 플러스적립금도 달라집니다.
4. 적립이율은 환급금대출이율-1.5%(최저보증이율 3.5%)이며, 환급금대출이율이 변경된 경우에는 변경된 날로부터 변경된 환급금대출이율을 적용합니다.

■ 무배당 실손의료비특약(종합형 / 질병형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

지급구분			지 급 사 유	지 급 액
입원 의료비		종합형	질병 또는 상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비 발생시	보상대상의료비의 90%를 5,000만원 한도로 지급 (상급병실료차액은 1일 평균 10만원 한도)
		질병형	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비 발생시	
통원의료비	외래	종합형	질병 또는 상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하여 보상대상의료비 발생시	병원급별 공제금액*을 차감한 후 1회당 20만원 한도로 지급 (연간 180회 한도) * 의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원
		질병형	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하여 보상대상의료비 발생시	
	처방조제비	종합형	질병 또는 상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제를 받아 보상대상의료비 발생시	처방조제 건당 8,000원을 공제한 후 건당 10만원 한도로 지급 (연간 180건 한도)
		질병형	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제를 받아 보상대상의료비 발생시	
건강관리자금			보험기간(5년)이 끝날 때까지 생존시	25만원 + 플러스적립금

보험금지급 관련 유의사항

1. 보상대상의료비 : 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비 중 약관에서 보상하지 않는 항목을 제외한 의료비
2. 입원의료비에서 10% 해당액이 계약일 또는 매년계약해당일로부터 연간 200만원(상급병실료차액 전체 제외)을 초과한 경우 그 초과금액은 100% 보상합니다.
3. 상급병실료차액 : 국민건강보험 급여대상인 기준병실과 실제 사용병실간의 병실료차액 중 50%를 공제한 금액
4. 국민건강보험법 또는 의료급여법 적용을 받지 못하는 경우에는 본인부담금의 40% 해당액을 보상합니다.
5. 여러 보험사에 실손의료비 보장상품을 다수 가입한 경우, 약관에 따라 비례보상됩니다.

■ 무배당 건강클리닉특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
질병입원 치료자금	질병으로 10일 이상 계속입원시	10일이상 ~ 20일미만	10만원
		20일이상 ~ 30일미만	30만원
		30일이상 ~ 50일미만	50만원
		50일이상 ~ 100일미만	100만원
		100일이상 ~ 200일미만	200만원
		200일이상	500만원
질병수술 급부금	질병으로 수술시(수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원	
10대성인질환 입원급부금	10대성인질환으로 입원시 (입원일수 1일당)	3만원(120일 한도)	
10대성인질환 수술급부금	10대성인질환으로 수술시 (수술1회당)	100만원	
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 생존시	50만원 + 플러스적립금	

보험금지급 관련 유의사항

1. 질병입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.
2. 질병수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술급부금을 지급합니다.
3. 10대성인질환이란 약관에서 정한 암, 심질환, 뇌혈관 질환, 간질환, 당뇨병, 고혈압성 질환, 갑상샘의 장애, 콩팥기능상실(신부전), 녹내장, 죽상경화증 등을 말합니다.
4. 10대성인질환수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 10대성인질환수술을 받은 경우에는 1회의 10대성인질환수술급부금만을 지급합니다.
5. 선천적인 장해로 인하여 입원 또는 수술한 경우에는 보장하지 아니합니다.

■ 무배당 상해클리닉특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
장해연금	동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상 장해시	100%	500만원씩 10년
		80%~100%미만	300만원씩 10년
		50%~80%미만	100만원씩 10년
		(매년 장해진단해당일 확정지급)	
재해입원 치료자금	재해로 10일 이상 계속입원시	10일이상 ~ 20일미만	10만원
		20일이상 ~ 30일미만	20만원
		30일이상 ~ 50일미만	30만원
		50일이상 ~ 100일미만	50만원
		100일이상 ~ 200일미만	100만원
		200일이상	250만원
재해수술 급부금	재해로 수술시(수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 500만원	
외모수술자금	재해로 외모수술시(수술 1회당)	50만원	
골절치료자금	재해로 골절시(사고 1회당)	30만원	
통원치료자금	재해로 통원시(통원 1회당)	1만원	
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 생존시	50만원 + 플러스적립금	

보험금지급 관련 유의사항

1. 재해입원치료자금을 일부 지급한 경우에는 이미 지급한 금액을 차감하고 지급합니다.
2. 재해수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 재해수술급부금을 지급합니다.
3. 외모수술자금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 외모수술을 받은 경우에는 1회의 외모수술자금만을 지급합니다.
4. 골절치료자금의 경우, 치아의 파절은 제외합니다.
5. 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급하여, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료자금을 지급하지 않습니다.
6. 통원치료자금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.

■ 무배당 3대질병치료특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
3대질병 치료보험금	암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정시 (단, 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 최초 1회에 한함)	구분 / 경과기간	암, 뇌출혈, 급성심근경색증	갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양
		1년미만	900만원	90만원
		2년미만	2,100만원	210만원
		2년이상	3,000만원	300만원
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 생존시	50만원 + 플러스적립금		

보험금지급 관련 유의사항

1. 갱신계약의 경우 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 3대질병치료보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 3대질병치료보험금이 지급된 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 3대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.
2. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

■ 무배당 2대질병치료특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
2대질병 치료보험금	뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정시(단, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 최초 1회에 한함)	1년미만	900만원
		2년미만	2,100만원
		2년이상	3,000만원
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 생존시	50만원 + 플러스적립금	

보험금지급 관련 유의사항

1. 갱신계약의 경우 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단확정되어 해당 2대질병치료보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 2대질병치료보험금이 지급된 뇌출혈 또는 급성심근경색증과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 2대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.
2. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

■ 무배당 CI치료특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
중대질병 치료보험금	중대질병으로 진단 확정시 (단, 최초 1회에 한함)	1년미만	900만원
		2년미만	2,100만원
		2년이상	3,000만원
중대질병 수술보험금	중대한 수술시 (단, 최초 1회에 한함)	1년미만	300만원
		2년미만	700만원
		2년이상	1,000만원
건강관리자금	보험기간이 끝날 때 까지 생존시	50만원 + 플러스적립금	

보험금지급 관련 유의사항

1. 중대질병이라 함은 중증간경화, 중증신부전증, 중증폐질환을 말합니다.
2. 중대한 수술이라 함은 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술, 조혈모세포이식수술을 말합니다.
3. 갱신계약의 경우 중대질병으로 진단확정되어 해당 중대질병치료보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 중대질병치료보험금이 지급된 중대질병과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 중대질병치료보험금을 지급하지 아니합니다.
4. 갱신계약의 경우 중대질병수술보험금 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 최초계약의 중대질병수술보험금이 지급된 중대한 수술과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 중대질병수술보험금을 지급하지 아니합니다.
5. 갱신계약의 경우 경과기간 2년미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

보험료 예시표

(보험가입금액 1,000만원 기준)

가입 나이	주계약		(무)실손의료비특약			
			종합형		질병형	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	11,800	11,100	12,400	11,700	10,800	11,100
16	11,900	11,100	12,500	12,000	10,800	11,400
17	12,000	11,200	12,600	12,400	10,900	11,700
18	12,100	11,200	12,700	12,800	10,900	12,100
19	12,100	11,200	12,700	13,100	10,900	12,400
20	12,200	11,200	12,700	13,500	10,900	12,700
21	12,200	11,200	12,800	13,800	10,900	13,100
22	12,300	11,300	12,800	14,100	11,000	13,400
23	12,300	11,300	12,900	14,400	11,100	13,600
24	12,400	11,300	13,000	14,600	11,200	13,900
25	12,400	11,300	13,200	14,700	11,300	14,000
26	12,400	11,300	13,300	14,800	11,500	14,100
27	12,500	11,300	13,500	14,800	11,700	14,100
28	12,500	11,400	13,600	14,800	11,900	14,100
29	12,600	11,400	13,800	14,900	12,200	14,100
30	12,700	11,400	14,000	15,000	12,400	14,200
31	12,800	11,500	14,300	15,200	12,600	14,400
32	12,900	11,500	14,500	15,500	12,900	14,600
33	13,000	11,600	14,800	15,900	13,200	15,000
34	13,200	11,700	15,200	16,400	13,500	15,400
35	13,300	11,700	15,600	16,900	13,800	15,900
36	13,500	11,800	16,000	17,600	14,200	16,500
37	13,700	11,800	16,500	18,300	14,600	17,100
38	13,800	11,900	17,000	19,000	15,100	17,800
39	14,000	12,000	17,600	19,800	15,600	18,400
40	14,200	12,000	18,000	20,500	16,000	19,100
41	14,400	12,100	18,500	21,100	16,500	19,700
42	14,700	12,200	18,900	21,700	16,900	20,200
43	14,900	12,300	19,400	22,200	17,400	20,800
44	15,200	12,400	20,000	22,900	18,000	21,400
45	15,500	12,500	20,600	23,700	18,700	22,100
46	15,800	12,600	21,500	24,600	19,500	23,000
47	16,100	12,700	22,500	25,600	20,500	23,900
48	16,500	12,800	23,600	26,800	21,600	25,000
49	16,900	12,900	24,900	28,000	22,800	26,100
50	17,300	13,100	26,200	29,300	24,100	27,300
51	17,800	13,300	27,700	30,600	25,400	28,500
52	18,300	13,500	29,200	32,000	26,900	29,800
53	18,800	13,700	30,800	33,500	28,400	31,200
54	19,400	13,900	32,500	35,000	30,000	32,600
55	20,100	14,100	34,200	36,700	31,800	34,200
56	20,800	14,400	36,100	38,500	33,600	35,900
57	21,700	14,700	38,000	40,400	35,500	37,800
58	22,700	15,100	40,000	42,300	37,400	39,700
59	23,700	15,500	41,900	44,300	39,200	41,500
60	24,900	16,000	43,600	46,300	40,900	43,400

(보험가입금액 1,000만원 기준)

가입 나이	(무)건강클리닉특약		(무)상해클리닉특약		(무)3대질병 치료특약		(무)2대질병 치료특약		(무)CI치료특약	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	7,000	7,100	9,400	8,000	7,100	6,800	6,400	6,200	6,200	6,200
16	7,000	7,300	9,500	8,000	7,200	6,900	6,500	6,200	6,300	6,200
17	7,100	7,400	9,600	8,100	7,300	7,100	6,500	6,200	6,300	6,300
18	7,100	7,600	9,700	8,200	7,300	7,200	6,600	6,200	6,300	6,300
19	7,100	7,800	9,800	8,300	7,400	7,400	6,600	6,200	6,300	6,300
20	7,200	8,000	9,900	8,300	7,500	7,600	6,700	6,300	6,400	6,300
21	7,200	8,200	10,000	8,400	7,700	7,900	6,800	6,300	6,400	6,300
22	7,200	8,400	10,100	8,400	7,800	8,100	6,900	6,300	6,500	6,300
23	7,200	8,600	10,200	8,500	7,900	8,400	7,000	6,400	6,600	6,400
24	7,200	8,800	10,200	8,600	8,100	8,700	7,100	6,400	6,700	6,400
25	7,300	9,000	10,300	8,600	8,300	9,100	7,200	6,400	6,800	6,400
26	7,300	9,100	10,400	8,700	8,500	9,400	7,300	6,400	6,900	6,400
27	7,400	9,200	10,500	8,800	8,800	9,800	7,400	6,400	7,000	6,400
28	7,500	9,300	10,500	8,900	9,100	10,200	7,600	6,400	7,100	6,500
29	7,600	9,400	10,600	9,100	9,500	10,700	7,800	6,400	7,200	6,500
30	7,800	9,500	10,700	9,200	9,900	11,100	7,900	6,500	7,300	6,500
31	7,900	9,600	10,800	9,400	10,400	11,600	8,200	6,500	7,500	6,600
32	8,100	9,800	10,900	9,600	10,900	12,200	8,400	6,500	7,600	6,600
33	8,300	9,900	11,000	9,800	11,500	12,700	8,600	6,600	7,700	6,700
34	8,500	10,000	11,100	10,000	12,200	13,300	8,900	6,600	7,900	6,700
35	8,800	10,200	11,200	10,200	12,900	14,000	9,100	6,700	8,100	6,800
36	9,100	10,500	11,300	10,300	13,700	14,700	9,400	6,800	8,300	6,800
37	9,400	10,700	11,400	10,500	14,500	15,400	9,700	7,000	8,500	6,900
38	9,700	11,100	11,500	10,700	15,500	16,100	10,000	7,200	8,700	7,000
39	10,000	11,400	11,600	10,800	16,500	16,900	10,300	7,400	9,000	7,000
40	10,400	11,700	11,700	11,000	17,500	17,600	10,600	7,600	9,300	7,100
41	10,800	12,000	11,800	11,100	18,700	18,400	10,900	7,800	9,600	7,200
42	11,200	12,300	11,800	11,200	19,800	19,200	11,200	8,100	10,000	7,300
43	11,600	12,600	11,900	11,300	21,100	19,900	11,500	8,400	10,300	7,400
44	12,000	12,900	12,000	11,400	22,400	20,600	11,900	8,700	10,700	7,500
45	12,500	13,200	12,100	11,400	23,800	21,200	12,200	8,900	11,100	7,600
46	13,000	13,500	12,100	11,500	25,300	21,700	12,500	9,200	11,400	7,700
47	13,600	13,800	12,200	11,500	26,900	22,300	12,900	9,500	11,800	7,800
48	14,100	14,100	12,300	11,500	28,600	22,800	13,300	9,800	12,100	7,900
49	14,700	14,400	12,400	11,500	30,500	23,300	13,800	10,100	12,400	8,000
50	15,400	14,700	12,400	11,500	32,500	23,800	14,200	10,400	12,700	8,100
51	16,000	15,000	12,400	11,500	34,700	24,500	14,800	10,800	13,000	8,200
52	16,700	15,300	12,500	11,500	37,000	25,100	15,300	11,100	13,200	8,300
53	17,400	15,600	12,500	11,400	39,300	25,900	15,900	11,500	13,400	8,400
54	18,100	15,900	12,500	11,400	41,700	26,700	16,400	11,900	13,600	8,600
55	18,800	16,300	12,500	11,300	44,000	27,700	17,000	12,400	13,800	8,700
56	19,500	16,700	12,400	11,300	46,200	28,700	17,500	12,800	14,000	8,800
57	20,200	17,200	12,400	11,300	48,400	29,800	18,000	13,400	14,100	8,900
58	20,900	17,700	12,400	11,200	50,400	30,900	18,500	13,900	14,200	9,000
59	21,600	18,300	12,300	11,200	52,300	32,000	18,900	14,400	14,200	9,100
60	22,400	18,900	12,300	11,200	54,200	33,200	19,400	15,000	14,300	9,100

해약환급금 예시표

■ 주계약

(기준 : 보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	170,400	0	200	200
3년	511,200	232,100	2,500	234,600
5년	852,000	476,700	7,300	484,000
7년	1,192,800	681,500	14,900	696,400
10년	1,704,000	1,000,000	32,400	1,032,400

■ 무배당 실손의료비특약(종합형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 5년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	216,000	0	200	200
3년	648,000	149,800	1,900	151,700
5년	1,080,000	250,000	4,800	254,800

■ 무배당 실손의료비특약(질병형)

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 5년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	192,000	0	200	200
3년	576,000	149,300	1,800	151,100
5년	960,000	250,000	4,700	254,700

■ 무배당 건강클리닉특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	124,800	0	100	100
3년	374,400	133,000	1,600	134,600
5년	624,000	280,600	4,500	285,100
7년	873,600	377,300	8,800	386,100
10년	1,248,000	500,000	18,100	518,100

■ 무배당 상해클리닉특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	140,400	0	100	100
3년	421,200	96,200	1,200	97,400
5년	702,000	236,600	3,600	240,200
7년	982,800	338,200	7,400	345,600
10년	1,404,000	500,000	16,100	516,100

■ 무배당 3대질병치료특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	210,000	36,700	400	37,100
3년	630,000	275,700	3,500	279,200
5년	1,050,000	447,000	8,500	455,500
7년	1,470,000	512,500	15,000	527,500
10년	2,100,000	500,000	26,500	526,500

■ 무배당 2대질병치료특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	127,200	100	200	300
3년	381,600	161,100	2,000	163,100
5년	636,000	300,000	5,200	305,200
7년	890,400	386,800	9,800	396,600
10년	1,272,000	500,000	19,300	519,300

■ 무배당 CI치료특약

(기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 남자40세, 10년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		최저보증	플러스적립금	
1년	111,600	0	200	200
3년	334,800	148,600	1,800	150,400
5년	558,000	289,300	4,800	294,100
7년	781,200	382,800	9,300	392,100
10년	1,116,000	500,000	18,700	518,700

◆ 평생보장암보험

□ 가입요건

구 분	가입나이	보험기간	납입기간	보험가입금액(구좌수)
최초계약	0~70세	10년만기 (종신갱신형)	전기납 (월납)	1구좌 (0.5구좌 단위)
갱신계약	10세 이상			

□ 보장내용

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액		
암치료 보험금	암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	구분 / 경과기간	고액암	일반암
		1년 미만	1,800만원	900만원
		2년 미만	4,200만원	2,100만원
		2년 이상	6,000만원	3,000만원
	최초의 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 각각 최초 1회에 한함)	1년 미만	90만원	
		2년 미만	210만원	
		2년 이상	300만원	
건강관리자금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	100만원		

□ 보험료표

10년 만기 전기납

(보험가입금액(구좌수) 1구좌 기준, 단위 : 원)

가입나이	남 자	여 자	가입나이	남 자	여 자
0	12,700	12,500			
1	12,600	12,400	36	16,100	19,700
2	12,500	12,400	37	16,700	20,300
3	12,400	12,300	38	17,400	20,900
4	12,300	12,300	39	18,100	21,500
5	12,300	12,300	40	18,900	22,000
6	12,300	12,300	41	19,700	22,600
7	12,300	12,300	42	20,700	23,200
8	12,300	12,200	43	21,700	23,700
9	12,300	12,200	44	22,800	24,100
10	12,300	12,200	45	24,000	24,500
11	12,300	12,200	46	25,200	24,800
12	12,300	12,200	47	26,600	25,100
13	12,400	12,200	48	28,000	25,400
14	12,400	12,300	49	29,600	25,700
15	12,500	12,300	50	31,300	25,900
16	12,500	12,400	51	33,100	26,300
17	12,500	12,600	52	35,100	26,700
18	12,600	12,700	53	37,100	27,100
19	12,600	12,900	54	39,200	27,600
20	12,600	13,100	55	41,300	28,200
21	12,600	13,300	56	43,400	28,900
22	12,600	13,500	57	45,300	29,600
23	12,700	13,800	58	47,200	30,300
24	12,700	14,100	59	49,000	31,000
25	12,800	14,400	60	50,700	31,800
26	12,900	14,700	61	52,300	32,600
27	13,100	15,100	62	53,800	33,300
28	13,300	15,500	63	55,400	34,200
29	13,500	16,000	64	57,000	35,100
30	13,700	16,400	65	58,600	36,000
31	14,000	16,900	66	60,400	37,000
32	14,300	17,400	67	62,200	38,000
33	14,700	18,000	68	64,000	39,000
34	15,100	18,500	69	65,900	40,100
35	15,600	19,100	70	67,700	41,100

□ 해약환급금 예시표

(보험가입금액(구좌수) 1구좌, 40세, 전기납 기준, 단위 : 원)

경과 기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	226,800	39,600	264,000	65,800
3년	680,400	347,400	792,000	362,900
5년	1,134,000	618,400	1,320,000	609,400
7년	1,587,600	800,600	1,848,000	776,700
10년	2,268,000	1,000,000	2,640,000	1,000,000

◆ 무배당 꿈나무보험

□ 가입요건

○ 주계약

구 분	가입나이	보험기간	납입기간	가입한도액
보장형	0~15세	20년	20년	1,000만원(고정)
저축형			10년	

주) 1. 임신 4개월 이상 경과된 태아도 가입 가능
2. 다태아(쌍둥이 등)의 경우 가족관계등록부상 선순위자만 피보험자 등록 가능

o 특약

특약명	가입나이	보험기간	납입기간	가입한도액	부가방법
무배당 선천이상특약	임신4개월 이상 태아	3년 만기	3년	1,000만원 (고정)	고정부가

□ 보장내용

○ 주계약 (보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암치료보험금	최초로 암진단 확정시 (1회에 한함)	기간 \ 구분	소아암 / 일반암
		1년 미만	1,500만원 / 900만원
		2년 미만	3,500만원 / 2,100만원
		2년 이상	5,000만원 / 3,000만원
재활보험금	재해로 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하 장해시	5,000만원 × 해당 장해지급률	
입원급부금	질병 또는 재해로 입원시 (입원 1일당)	2만원 (120일 한도)	
주요성장기질환 입원급부금	주요성장기질환으로 입원시 (입원 1일당)	2만원 (120일 한도)	
장기입원급부금	질병 또는 재해로 31일 이상 입원시 (30일 초과 입원 1일당)	3만원 (90일 한도)	
수술급부금	질병 또는 재해로 수술시 (수술 1회당)	1종	10만원
		2종	30만원
		3종	50만원
		4종	100만원
		5종	500만원
주요성장기질환 수술급부금	주요성장기질환으로 수술시 (수술 1회당)	50만원	
골절치료자금	재해로 골절시 (사고 1회당)	30만원	
화상치료자금	화상으로 4일 이상 계속 입원시 (사고 1회당)	20만원	
식중독치료자금	식중독으로 4일 이상 계속 입원시 (사고 1회당)	20만원	
만기급부금	만기생존시	적립금액	

○ 무배당 선천이상특약 (특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
선천이상입원급부금	선천이상으로 입원시 (입원 1일당)	2만원 (120일 한도)
선천이상수술급부금	선천이상으로 수술시(수술 1회당)	100만원

□ 보험료표

o 주계약

- 보장형 : 10,000원
- 저축형 : 100,000원

o 무배당 선천이상특약

(보험가입금액 1,000만원, 3년만기, 전기납, 태아 기준)

남자	여자
1,600원	1,300원

□ 주계약 해약환급금 예시표

〈 보장형 〉 (보험가입금액 1,000만원, 5세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	120,000	30,190	120,000	45,400
3년	360,000	100,970	360,000	151,820
5년	600,000	238,260	600,000	279,950
7년	840,000	356,500	840,000	413,380
10년	1,200,000	548,790	1,200,000	637,330
20년	2,400,000	989,110	2,400,000	1,487,280

주) 1. 위 해약환급금은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율 및 보험료납입일 변동시에는 위 금액도 달라짐
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5% 최저보증
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산

〈 저축형 〉 (보험가입금액 1,000만원, 5세, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	967,720	1,200,000	993,170
3년	3,600,000	3,440,960	3,600,000	3,465,450
5년	6,000,000	6,093,150	6,000,000	6,135,210
7년	8,400,000	9,004,750	8,400,000	9,064,940
10년	12,000,000	13,853,530	12,000,000	13,951,010
20년	12,000,000	20,640,100	12,000,000	21,183,070

주) 1. 위 해약환급금은 4.1%(환급금대출이율 5.6%-1.5%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 및 보험료납입일 변동시에는 위 금액도 달라지게 되며, 보험계약일로부터 매3년 시점에서 직전보험년도말 적립금액에 대하여 2.0%의 보너스이율이 적용된 금액임
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5% 최저보증
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산

◆ 무배당 어깨동무보험

□ 가입요건

보험종류	보험기간	가입나이		납입기간	납입주기
1종(생활보장형)	10년 만기 20년 만기 80세 만기	주피보험자	만15~60세	일시납 5년납 10년납 20년납	일시납 월 납
		장 애 인	0~70세		
2종(암 보 장 형)		0~70세			
3종(상해보장형)	10년 만기	만15~70세		5년납	월 납

주) 1종, 2종 : 50세 이상 가입자의 경우 80세 만기 5년납에 한함

o 가입한도액

1종(생활보장형)	2,000만원 (500만원 단위)
2종(암 보 장 형)	3,000만원 (500만원 단위)
3종(상해보장형)	1,000만원 (500만원 단위)

□ 보장내용

o 1종(생활보장형) (보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
장애인 생활안정자금	주피보험자가 사망하고 장애인 생존시	1,000만원
장해급부금	주피보험자가 재해로 장해가 되고 장애인 생존시	1,000만원 × 해당 장해지급률
만기급부금	장애인 만기생존시	이미 납입한 보험료

주) 1. 장애인 사망시 : 이미 납입한 보험료 지급
2. 보험료 납입면제 : 보험료 납입기간 중 주피보험자가 사망하거나 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때

o 2종(암보장형) (보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
암치료보험금	암보장개시일 이후에 최초로 암 진단 확정시 (최초 1회에 한함)	1년 미만	300만원
		2년 미만	700만원
		2년 이상	1,000만원
	보험기간 중 최초로 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정시 (각각 최초 1회에 한함)	1년 미만	90만원
		2년 미만	210만원
		2년 이상	300만원
만기급부금	만기생존시	이미 납입한 보험료	

주) 1. 피보험자 사망시 : 책임준비금 지급
2. 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 피보험자 나이가 15세미만인 경우 암보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)로 함
3. 피보험자에게 암치료보험금 지급사유가 발생(단, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양으로 진단 확정 받은 경우는 제외)하였거나 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니함.
4. 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양은 약관의 분류표 참조
5. 보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 사망하고, 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보장개시일(암의 경우 암보장개시일)의 전일 이전에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정된 경우에는 그러하지 아니함.

o 3종(상해보장형) (보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
재해사망보험금	재해로 사망시	1,000만원
재해수술급부금	재해로 수술시 (수술 1회당)	50만원
재해골절치료자금	재해로 골절시 (사고 1회당)	10만원
건강진단자금	가입 후 매2년마다 계약해당일에 살아있을 때	10만원

주) 1. 피보험자가 재해이외의 원인으로 사망시 : 이미 납입한 보험료 지급
2. 피보험자가 사망하였을 경우 이 계약은 그때로부터 효력을 가지지 아니함
3. 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 재해수술급부금만을 지급
4. 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절치료자금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절시키는 경우에는 재해골절치료자금을 지급하지 아니함
5. 재해골절에서 치아의 파절은 제외

□ 보험료표

o 생활보장형 10년 만기

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

계약자 나이	일시납		월 납			
			5년납		10년납	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	594,100	531,400	14,800	13,300	11,800	10,500
16	603,100	535,600	15,100	13,400	11,900	10,500
17	611,700	539,500	15,300	13,500	12,100	10,600
18	620,200	543,000	15,500	13,600	12,300	10,700
19	628,600	546,400	15,700	13,600	12,500	10,800
20	637,000	549,400	15,900	13,700	12,700	10,800
21	644,600	552,300	16,100	13,800	12,800	10,900
22	651,300	554,600	16,300	13,900	13,000	11,000
23	657,300	556,300	16,500	13,900	13,100	11,000
24	662,700	557,800	16,600	13,900	13,200	11,000
25	668,200	559,800	16,800	14,000	13,300	11,100
26	674,400	562,200	16,900	14,000	13,500	11,100
27	682,100	565,900	17,100	14,100	13,600	11,200
28	691,500	571,100	17,300	14,300	13,800	11,300
29	702,900	577,400	17,600	14,400	14,100	11,400
30	716,400	584,100	18,000	14,600	14,400	11,600
31	731,100	591,400	18,400	14,800	14,700	11,700
32	749,000	599,600	18,800	15,000	15,100	11,900
33	769,900	608,700	19,400	15,200	15,500	12,100
34	793,500	618,400	20,000	15,500	16,000	12,300
35	819,500	628,900	20,600	15,700	16,600	12,500
36	847,500	639,900	21,400	16,000	17,200	12,800
37	877,800	651,300	22,100	16,300	17,900	13,000
38	910,400	662,700	23,000	16,600	18,600	13,300
39	946,200	674,500	23,900	16,900	19,500	13,500
40	985,800	687,000	25,000	17,300	20,400	13,800
41	1,027,900	700,200	26,100	17,600	21,300	14,100
42	1,073,600	714,500	27,300	18,000	22,400	14,400
43	1,123,900	729,500	28,600	18,400	23,600	14,700
44	1,178,600	745,700	30,100	18,800	24,900	15,100
45	1,237,800	763,200	31,700	19,200	26,300	15,500
46	1,300,500	782,300	33,300	19,700	27,900	15,900
47	1,366,200	803,300	35,100	20,300	29,600	16,400
48	1,435,600	826,400	37,000	20,900	31,400	16,900
49	1,510,000	852,300	39,100	21,600	33,300	17,500

o 생활보장형 20년 만기

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

계약자 나이	일시납		월 납					
			5년납		10년납		20년납	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	523,500	444,100	11,000	9,300	6,800	5,800	5,500	4,600
16	531,500	447,600	11,200	9,400	6,900	5,800	5,600	4,700
17	539,700	451,400	11,400	9,500	7,000	5,900	5,700	4,700
18	548,400	455,500	11,500	9,600	7,100	5,900	5,800	4,800
19	557,900	459,900	11,700	9,700	7,300	6,000	5,900	4,800
20	568,100	464,300	12,000	9,800	7,400	6,000	6,000	4,800
21	578,300	468,800	12,200	9,900	7,500	6,100	6,100	4,900
22	589,100	473,300	12,400	9,900	7,700	6,200	6,200	4,900
23	600,500	477,800	12,600	10,000	7,800	6,200	6,300	5,000
24	612,700	482,400	12,900	10,100	8,000	6,300	6,500	5,000
25	625,800	487,500	13,200	10,200	8,200	6,300	6,600	5,100
26	640,100	493,100	13,500	10,400	8,400	6,400	6,800	5,200
27	656,100	499,700	13,800	10,500	8,600	6,500	7,000	5,200
28	674,000	507,100	14,200	10,700	8,800	6,600	7,200	5,300
29	694,400	515,400	14,600	10,800	9,100	6,700	7,400	5,400
30	717,300	524,200	15,100	11,000	9,400	6,800	7,700	5,500
31	741,900	533,700	15,600	11,200	9,700	7,000	7,900	5,600
32	769,800	544,000	16,200	11,400	10,100	7,100	8,300	5,700
33	801,200	555,300	16,900	11,700	10,500	7,200	8,600	5,900
34	835,900	567,300	17,600	11,900	11,000	7,400	9,000	6,000
35	873,600	580,300	18,500	12,200	11,500	7,600	9,500	6,100
36	913,800	594,200	19,300	12,500	12,000	7,800	9,900	6,300
37	956,400	609,000	20,200	12,800	12,600	8,000	10,500	6,500
38	1,001,800	624,700	21,200	13,200	13,200	8,200	11,000	6,600
39	1,050,800	641,500	22,300	13,500	13,900	8,400	11,600	6,800
40	1,104,500	659,800	23,400	13,900	14,700	8,600	12,300	7,000
41	1,161,900	679,500	24,700	14,300	15,500	8,900	13,000	7,300
42	1,224,600	700,800	26,000	14,800	16,300	9,200	13,800	7,500
43	1,292,900	723,800	27,500	15,300	17,300	9,500	14,700	7,800
44	1,366,700	748,900	29,100	15,800	18,300	9,800	15,600	8,100
45	1,446,900	776,700	30,800	16,400	19,400	10,200	16,700	8,400
46	1,534,300	807,500	32,700	17,100	20,700	10,600	17,900	8,800
47	1,630,300	842,100	34,800	17,800	22,000	11,100	19,200	9,200
48	1,735,700	881,200	37,100	18,600	23,600	11,600	20,700	9,700
49	1,850,500	926,000	39,700	19,600	25,200	12,300	22,400	10,200

o 생활보장형 80세 만기

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

계약자 나이	일시납		월 납					
			5년납		10년납		20년납	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
15	627,800	456,500	12,300	8,900	7,000	5,100	4,600	3,300
16	648,900	465,000	12,700	9,100	7,300	5,200	4,700	3,400
17	671,400	474,300	13,100	9,300	7,500	5,300	4,900	3,500
18	695,600	484,300	13,600	9,500	7,800	5,400	5,100	3,500
19	721,600	495,200	14,100	9,700	8,100	5,600	5,300	3,600
20	749,600	506,700	14,700	9,900	8,400	5,700	5,500	3,700
21	778,200	518,600	15,200	10,100	8,800	5,800	5,700	3,800
22	808,600	531,200	15,800	10,400	9,100	6,000	5,900	3,900
23	840,700	544,300	16,500	10,700	9,500	6,100	6,200	4,000
24	874,500	558,100	17,100	10,900	9,800	6,300	6,400	4,100
25	910,200	572,900	17,900	11,200	10,300	6,400	6,700	4,200
26	947,900	588,800	18,600	11,500	10,700	6,600	7,000	4,300
27	987,800	605,900	19,400	11,900	11,100	6,800	7,300	4,400
28	1,029,900	624,400	20,200	12,200	11,600	7,000	7,600	4,600
29	1,074,500	644,000	21,100	12,600	12,100	7,200	8,000	4,700
30	1,121,500	664,500	22,000	13,000	12,700	7,500	8,300	4,900
31	1,169,400	685,500	23,000	13,400	13,200	7,700	8,700	5,100
32	1,219,900	707,500	24,000	13,900	13,800	8,000	9,100	5,200
33	1,273,100	730,400	25,100	14,300	14,400	8,300	9,600	5,400
34	1,328,800	754,300	26,200	14,800	15,100	8,500	10,000	5,600
35	1,387,000	779,200	27,300	15,300	15,800	8,800	10,500	5,800
36	1,447,600	805,200	28,600	15,800	16,500	9,100	11,000	6,000
37	1,510,700	832,200	29,800	16,400	17,300	9,500	11,600	6,300
38	1,576,200	860,200	31,200	17,000	18,100	9,800	12,200	6,500
39	1,644,600	889,400	32,600	17,600	18,900	10,200	12,800	6,800
40	1,715,900	919,800	34,100	18,200	19,800	10,500	13,400	7,000
41	1,788,400	950,700	35,600	18,800	20,700	10,900	14,100	7,300
42	1,863,900	982,800	37,100	19,500	21,700	11,300	14,900	7,600
43	1,942,600	1,016,100	38,800	20,200	22,700	11,800	15,700	8,000
44	2,024,800	1,050,900	40,500	20,900	23,800	12,200	16,500	8,300
45	2,110,900	1,087,500	42,300	21,700	24,900	12,700	17,500	8,700
46	2,201,100	1,126,000	44,300	22,500	26,200	13,200	18,500	9,100
47	2,295,700	1,166,700	46,300	23,400	27,500	13,700	19,600	9,500
48	2,394,800	1,209,700	48,500	24,300	28,900	14,300	20,800	10,000
49	2,498,600	1,255,400	50,800	25,300	30,400	15,000	22,200	10,600
50	-	-	53,200	26,300	-	-	-	-
51	-	-	55,800	27,400	-	-	-	-
52	-	-	58,500	28,600	-	-	-	-
53	-	-	61,300	29,900	-	-	-	-
54	-	-	64,400	31,200	-	-	-	-
55	-	-	67,600	32,600	-	-	-	-
56	-	-	71,200	34,200	-	-	-	-
57	-	-	75,200	35,900	-	-	-	-
58	-	-	79,500	37,800	-	-	-	-
59	-	-	84,400	39,800	-	-	-	-
60	-	-	89,700	42,100	-	-	-	-

o 암보장형 10년 만기

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납		월 납			
			5년납		10년납	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
0	527,000	520,400	13,100	12,900	10,300	10,200
1	519,900	514,900	12,900	12,800	10,200	10,100
2	514,300	511,100	12,800	12,700	10,100	10,000
3	510,100	508,700	12,700	12,600	10,000	9,900
4	507,100	507,300	12,600	12,600	9,900	9,900
5	505,200	506,600	12,600	12,600	9,900	9,900
6	504,200	506,400	12,500	12,600	9,800	9,900
7	503,900	506,400	12,500	12,600	9,800	9,900
8	504,300	506,600	12,500	12,600	9,800	9,900
9	505,100	507,200	12,500	12,600	9,900	9,900
10	506,400	508,000	12,600	12,600	9,900	9,900
11	508,200	509,300	12,600	12,700	9,900	9,900
12	510,400	511,400	12,700	12,700	10,000	10,000
13	512,900	514,700	12,700	12,800	10,000	10,000
14	515,800	519,700	12,800	12,900	10,100	10,100
15	518,400	526,300	12,900	13,100	10,100	10,300
16	521,400	535,200	13,000	13,300	10,200	10,400
17	524,200	546,000	13,000	13,600	10,200	10,600
18	526,900	558,400	13,100	13,900	10,300	10,900
19	529,400	572,500	13,200	14,200	10,300	11,200
20	531,700	588,400	13,200	14,600	10,400	11,500
21	534,000	606,100	13,300	15,000	10,400	11,800
22	536,600	625,700	13,300	15,500	10,500	12,200
23	540,000	647,200	13,400	16,100	10,500	12,600
24	544,700	670,500	13,500	16,600	10,600	13,100
25	551,000	695,700	13,700	17,300	10,700	13,500
26	559,200	722,900	13,900	17,900	10,900	14,100
27	569,400	751,900	14,100	18,600	11,100	14,600
28	581,700	782,600	14,400	19,400	11,300	15,200
29	596,400	814,800	14,800	20,200	11,600	15,900
30	613,400	848,400	15,200	21,000	11,900	16,500
31	632,800	883,100	15,700	21,900	12,300	17,200
32	654,800	919,000	16,200	22,800	12,700	17,900
33	679,500	955,700	16,800	23,700	13,200	18,600
34	707,200	993,100	17,500	24,600	13,800	19,300
35	738,100	1,031,000	18,300	25,500	14,300	20,100
36	772,600	1,069,200	19,100	26,500	15,000	20,800
37	810,700	1,107,600	20,100	27,400	15,700	21,500
38	852,600	1,145,400	21,100	28,400	16,500	22,300
39	898,500	1,182,200	22,200	29,300	17,400	23,000
40	948,300	1,217,500	23,400	30,200	18,400	23,700
41	1,002,000	1,250,600	24,800	31,000	19,400	24,400
42	1,059,200	1,281,100	26,200	31,800	20,500	25,000
43	1,120,000	1,308,600	27,600	32,500	21,700	25,500
44	1,184,100	1,332,500	29,200	33,100	22,900	26,000
45	1,251,700	1,352,100	30,900	33,600	24,200	26,400
46	1,322,600	1,367,700	32,600	34,000	25,500	26,800
47	1,397,100	1,380,000	34,400	34,300	26,900	27,000
48	1,475,600	1,390,500	36,300	34,600	28,400	27,200
49	1,558,700	1,400,800	38,400	34,900	30,000	27,400

o 암보장형 20년 만기

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납		월 납					
			5년납		10년납		20년납	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
0	423,200	419,800	8,900	8,800	5,500	5,400	4,400	4,300
1	419,400	417,000	8,800	8,700	5,400	5,400	4,300	4,300
2	416,700	415,400	8,700	8,700	5,400	5,400	4,300	4,300
3	415,100	415,100	8,700	8,700	5,400	5,400	4,300	4,300
4	414,300	416,000	8,700	8,700	5,300	5,400	4,300	4,300
5	414,300	418,100	8,700	8,700	5,300	5,400	4,300	4,300
6	414,900	421,300	8,700	8,800	5,300	5,400	4,300	4,300
7	416,000	425,600	8,700	8,900	5,400	5,500	4,300	4,400
8	417,400	430,800	8,700	9,000	5,400	5,500	4,300	4,400
9	419,200	436,900	8,800	9,100	5,400	5,600	4,300	4,500
10	421,200	444,000	8,800	9,300	5,400	5,700	4,300	4,600
11	423,400	452,200	8,900	9,500	5,500	5,800	4,300	4,600
12	426,000	461,700	8,900	9,700	5,500	5,900	4,400	4,700
13	429,000	472,800	9,000	9,900	5,500	6,100	4,400	4,800
14	432,600	485,900	9,000	10,200	5,600	6,300	4,400	5,000
15	436,700	500,700	9,100	10,500	5,600	6,400	4,500	5,100
16	441,800	517,900	9,200	10,800	5,700	6,700	4,500	5,300
17	447,600	537,000	9,400	11,200	5,800	6,900	4,600	5,500
18	454,200	557,900	9,500	11,700	5,900	7,200	4,700	5,700
19	461,700	580,700	9,700	12,100	5,900	7,500	4,700	5,900
20	470,000	605,100	9,800	12,600	6,100	7,800	4,800	6,200
21	479,500	631,300	10,000	13,200	6,200	8,100	4,900	6,500
22	490,300	659,300	10,300	13,800	6,300	8,500	5,000	6,700
23	502,800	688,800	10,500	14,400	6,500	8,900	5,100	7,000
24	517,500	719,800	10,800	15,000	6,700	9,200	5,300	7,400
25	534,600	752,400	11,200	15,700	6,900	9,700	5,500	7,700
26	554,400	786,300	11,600	16,400	7,100	10,100	5,700	8,000
27	577,100	821,400	12,100	17,100	7,400	10,600	5,900	8,400
28	602,700	857,300	12,600	17,900	7,700	11,000	6,200	8,800
29	631,400	893,800	13,200	18,700	8,100	11,500	6,400	9,100
30	663,400	930,600	13,800	19,400	8,500	12,000	6,800	9,500
31	698,600	967,300	14,600	20,200	9,000	12,400	7,100	9,900
32	737,200	1,003,700	15,400	21,000	9,500	12,900	7,500	10,300
33	779,300	1,039,400	16,200	21,700	10,000	13,400	7,900	10,700
34	824,800	1,074,200	17,200	22,400	10,600	13,800	8,400	11,000
35	874,000	1,107,600	18,200	23,100	11,200	14,300	8,900	11,400
36	926,800	1,139,400	19,300	23,800	11,900	14,700	9,400	11,700
37	983,500	1,169,800	20,500	24,500	12,600	15,100	10,000	12,100
38	1,044,300	1,198,900	21,700	25,100	13,300	15,500	10,600	12,400
39	1,109,500	1,227,100	23,100	25,700	14,200	15,900	11,200	12,700
40	1,179,300	1,254,500	24,500	26,300	15,100	16,200	11,900	13,000
41	1,253,600	1,281,300	26,100	26,800	16,000	16,600	12,700	13,300
42	1,331,700	1,307,300	27,700	27,400	17,000	17,000	13,500	13,600
43	1,412,500	1,332,500	29,400	28,000	18,000	17,300	14,300	13,800
44	1,495,200	1,356,600	31,100	28,500	19,100	17,600	15,100	14,100
45	1,578,800	1,379,400	32,800	29,000	20,100	17,900	16,000	14,300
46	1,663,000	1,401,200	34,600	29,400	21,200	18,200	16,800	14,600
47	1,747,500	1,422,400	36,300	29,900	22,300	18,500	17,700	14,800
48	1,832,500	1,443,500	38,100	30,300	23,400	18,800	18,600	15,000
49	1,917,800	1,465,100	39,900	30,800	24,500	19,100	19,500	15,200

o 암보장형 80세 만기

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	일시납		월납					
			5년납		10년납		20년납	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자	남자	여자
0	542,500	540,800	10,400	10,400	5,800	5,800	3,600	3,600
1	549,100	548,000	10,500	10,500	5,900	5,900	3,700	3,700
2	556,800	556,300	10,700	10,700	6,000	6,000	3,700	3,700
3	565,600	565,600	10,800	10,800	6,100	6,100	3,800	3,800
4	575,300	575,800	11,000	11,000	6,200	6,200	3,800	3,900
5	586,100	587,000	11,200	11,200	6,300	6,300	3,900	3,900
6	597,800	599,100	11,400	11,500	6,400	6,400	4,000	4,000
7	610,300	611,900	11,700	11,700	6,600	6,600	4,100	4,100
8	623,700	625,400	11,900	12,000	6,700	6,700	4,200	4,200
9	637,800	639,600	12,200	12,300	6,900	6,900	4,300	4,300
10	652,600	654,400	12,500	12,500	7,000	7,100	4,400	4,400
11	668,200	669,800	12,800	12,800	7,200	7,200	4,500	4,500
12	684,600	686,000	13,100	13,200	7,400	7,400	4,600	4,600
13	701,900	703,200	13,500	13,500	7,600	7,600	4,700	4,700
14	720,000	721,400	13,800	13,800	7,800	7,800	4,800	4,900
15	739,000	740,500	14,200	14,200	8,000	8,000	5,000	5,000
16	759,000	760,900	14,600	14,600	8,200	8,200	5,100	5,200
17	779,900	782,200	15,000	15,000	8,400	8,500	5,300	5,300
18	801,700	804,400	15,400	15,500	8,700	8,700	5,400	5,500
19	824,500	827,400	15,800	15,900	8,900	9,000	5,600	5,600
20	848,200	851,200	16,300	16,400	9,200	9,200	5,700	5,800
21	873,000	875,900	16,800	16,800	9,500	9,500	5,900	6,000
22	898,900	901,200	17,300	17,300	9,700	9,800	6,100	6,200
23	926,200	927,200	17,800	17,900	10,000	10,100	6,300	6,400
24	954,800	953,800	18,400	18,400	10,400	10,400	6,500	6,600
25	985,000	980,900	19,000	18,900	10,700	10,700	6,700	6,800
26	1,016,900	1,008,500	19,600	19,500	11,000	11,000	7,000	7,000
27	1,050,300	1,036,500	20,200	20,000	11,400	11,300	7,200	7,200
28	1,085,400	1,064,900	20,900	20,600	11,800	11,700	7,500	7,400
29	1,122,200	1,093,400	21,600	21,100	12,200	12,000	7,700	7,700
30	1,160,800	1,122,200	22,400	21,700	12,700	12,300	8,000	7,900
31	1,201,100	1,150,900	23,200	22,300	13,100	12,700	8,300	8,100
32	1,243,100	1,179,600	24,000	22,900	13,600	13,000	8,700	8,400
33	1,286,800	1,208,200	24,900	23,500	14,100	13,400	9,000	8,600
34	1,332,000	1,236,500	25,800	24,000	14,600	13,700	9,400	8,900
35	1,378,800	1,264,300	26,700	24,600	15,200	14,100	9,700	9,100
36	1,427,200	1,291,700	27,700	25,200	15,700	14,400	10,100	9,400
37	1,477,200	1,318,600	28,700	25,700	16,300	14,800	10,500	9,600
38	1,528,800	1,344,900	29,700	26,300	16,900	15,100	11,000	9,900
39	1,581,900	1,370,500	30,800	26,800	17,600	15,400	11,400	10,100
40	1,636,600	1,395,400	31,900	27,400	18,200	15,800	11,900	10,400
41	1,692,700	1,419,500	33,000	27,900	18,900	16,100	12,400	10,600
42	1,750,100	1,442,600	34,200	28,400	19,600	16,400	12,900	10,900
43	1,808,500	1,464,700	35,400	28,900	20,400	16,700	13,500	11,100
44	1,867,700	1,485,800	36,600	29,400	21,100	17,000	14,000	11,400
45	1,927,800	1,505,700	37,900	29,800	21,900	17,300	14,600	11,700
46	1,988,400	1,524,700	39,200	30,300	22,700	17,600	15,300	11,900
47	2,049,600	1,542,900	40,500	30,700	23,500	17,900	15,900	12,200
48	2,111,200	1,560,700	41,800	31,100	24,400	18,200	16,600	12,400
49	2,173,300	1,578,400	43,200	31,600	25,200	18,500	17,400	12,700
50	-	-	44,500	32,000	-	-	-	-
51	-	-	45,900	32,500	-	-	-	-
52	-	-	47,300	33,000	-	-	-	-
53	-	-	48,800	33,500	-	-	-	-
54	-	-	50,200	34,000	-	-	-	-
55	-	-	51,700	34,600	-	-	-	-
56	-	-	53,200	35,300	-	-	-	-
57	-	-	54,600	36,000	-	-	-	-
58	-	-	56,100	36,800	-	-	-	-
59	-	-	57,500	37,600	-	-	-	-
60	-	-	58,900	38,400	-	-	-	-
61	-	-	60,300	39,200	-	-	-	-
62	-	-	61,600	40,100	-	-	-	-
63	-	-	63,000	41,100	-	-	-	-
64	-	-	64,400	42,100	-	-	-	-
65	-	-	66,000	43,200	-	-	-	-
66	-	-	67,800	44,500	-	-	-	-
67	-	-	69,700	45,900	-	-	-	-
68	-	-	71,800	47,500	-	-	-	-
69	-	-	74,300	49,300	-	-	-	-
70	-	-	77,300	51,600	-	-	-	-

o 상해보장형 10년 만기 5년납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	남 자	여 자
15	12,300	11,100
16	12,400	11,200
17	12,500	11,300
18	12,500	11,300
19	12,600	11,400
20	12,600	11,500
21	12,600	11,500
22	12,700	11,600
23	12,700	11,600
24	12,800	11,600
25	12,800	11,700
26	12,800	11,700
27	12,900	11,800
28	12,900	11,900
29	13,000	12,000
30	13,000	12,100
31	13,100	12,200
32	13,200	12,300
33	13,200	12,500
34	13,300	12,600
35	13,400	12,700
36	13,400	12,800
37	13,400	12,900
38	13,500	13,000
39	13,500	13,100
40	13,500	13,100
41	13,500	13,100
42	13,600	13,100
43	13,600	13,100
44	13,600	13,100
45	13,600	13,100
46	13,700	13,100
47	13,700	13,000
48	13,800	13,000
49	13,900	13,000
50	13,900	12,900
51	14,000	12,900
52	14,000	12,800
53	14,100	12,800
54	14,200	12,700
55	14,300	12,700
56	14,400	12,700
57	14,500	12,700
58	14,700	12,700
59	14,800	12,700
60	15,000	12,800
61	15,200	12,900
62	15,400	13,000
63	15,700	13,100
64	16,000	13,300
65	16,300	13,500
66	16,700	13,800
67	17,100	14,000
68	17,600	14,400
69	18,300	14,800
70	19,000	15,200

□ 해약환급금 예시표

○ 생활보장형 10년 만기

(보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	일시납		5년납		10년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	985,800	900,900	300,000	168,500	244,800	124,000
2년	985,800	915,100	600,000	447,500	489,600	354,000
3년	985,800	928,600	900,000	738,000	734,400	592,900
5년	985,800	952,800	1,500,000	1,356,100	1,224,000	1,099,100
7년	985,800	972,100	1,500,000	1,416,500	1,713,600	1,605,900
10년	985,800	985,800	1,500,000	1,500,000	2,448,000	2,448,000

o 생활보장형 20년 만기

(보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	일시납		5년납		10년납		20년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,104,500	1,025,900	280,800	149,300	176,400	55,600	147,600	31,100
3년	1,104,500	1,067,600	842,400	679,100	529,200	378,800	442,800	301,000
5년	1,104,500	1,107,600	1,404,000	1,253,800	882,000	724,700	738,000	587,400
7년	1,104,500	1,144,800	1,404,000	1,305,600	1,234,800	1,055,100	1,033,200	851,300
10년	1,104,500	1,190,400	1,404,000	1,375,800	1,764,000	1,598,400	1,476,000	1,278,800
15년	1,104,500	1,201,900	1,404,000	1,437,200	1,764,000	1,719,900	2,214,000	2,060,800
20년	1,104,500	1,104,500	1,404,000	1,404,000	1,764,000	1,764,000	2,952,000	2,952,000

o 생활보장형 80세 만기

(보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	일시납		5년납		10년납		20년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,715,900	1,668,900	409,200	278,700	237,600	116,200	160,800	43,100
3년	1,715,900	1,779,300	1,227,600	1,086,600	712,800	574,800	482,400	344,900
5년	1,715,900	1,896,200	2,046,000	1,969,200	1,188,000	1,070,800	804,000	667,300
7년	1,715,900	2,019,600	2,046,000	2,099,400	1,663,200	1,567,900	1,125,600	971,900
10년	1,715,900	2,215,300	2,046,000	2,306,300	2,376,000	2,398,200	1,608,000	1,471,700
15년	1,715,900	2,551,800	2,046,000	2,664,700	2,376,000	2,778,600	2,412,000	2,416,400
20년	1,715,900	2,915,000	2,046,000	3,054,300	2,376,000	3,194,800	3,216,000	3,551,100

주) 주피보험자 및 종피보험자 모두 생존시의 해약환급금

o 암보장형 10년 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	일시납		5년납		10년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	948,300	877,800	280,800	164,600	220,800	117,200
2년	948,300	899,800	561,600	434,100	441,600	333,100
3년	948,300	915,000	842,400	708,700	662,400	551,300
5년	948,300	939,600	1,404,000	1,290,100	1,104,000	1,010,600
7년	948,300	953,700	1,404,000	1,342,500	1,545,600	1,462,400
10년	948,300	948,300	1,404,000	1,404,000	2,208,000	2,208,000

o 암보장형 20년 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	일시납		5년납		10년납		20년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,179,300	1,120,700	294,000	178,600	181,200	76,700	142,800	38,500
3년	1,179,300	1,183,900	882,000	751,300	543,600	424,200	428,400	314,500
5년	1,179,300	1,237,400	1,470,000	1,364,300	906,000	787,600	714,000	598,700
7년	1,179,300	1,284,100	1,470,000	1,424,900	1,268,400	1,132,700	999,600	855,700
10년	1,179,300	1,335,500	1,470,000	1,500,500	1,812,000	1,694,600	1,428,000	1,265,900
15년	1,179,300	1,343,800	1,470,000	1,560,900	1,812,000	1,816,300	2,142,000	2,018,100
20년	1,179,300	1,179,300	1,470,000	1,470,000	1,812,000	1,812,000	2,856,000	2,856,000

o 암보장형 80세 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	일시납		5년납		10년납		20년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,636,600	1,601,600	382,800	268,200	218,400	112,900	142,800	41,700
3년	1,636,600	1,716,000	1,148,400	1,032,500	655,200	543,000	428,400	316,700
5년	1,636,600	1,827,000	1,914,000	1,858,100	1,092,000	997,900	714,000	599,800
7년	1,636,600	1,938,200	1,914,000	1,972,700	1,528,800	1,444,800	999,600	855,600
10년	1,636,600	2,102,100	1,914,000	2,142,600	2,184,000	2,181,900	1,428,000	1,263,600
15년	1,636,600	2,352,500	1,914,000	2,405,800	2,184,000	2,457,600	2,142,000	2,011,500
20년	1,636,600	2,530,100	1,914,000	2,601,400	2,184,000	2,670,700	2,856,000	2,843,400

o 상해보장형 10년 만기 (보험가입금액 1,000만원, 남자 40세 기준, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	162,000	76,100	157,200	75,100
2년	324,000	207,800	314,400	204,900
3년	486,000	240,100	471,600	234,600
5년	810,000	418,500	786,000	407,300
7년	810,000	282,400	786,000	274,200
10년	810,000	100,000	786,000	100,000

주) 경과기간별 해약환급금에는 당해년도의 건강진단자금 포함

◆ 에버리치상해보험

□ 가입요건

o 주계약

보험기간	가입나이	납입기간	가입한도액
80세 만기	만15～70세	5, 10, 15, 20년납	만15 ~ 59세 : 1,000만원(고정) 60 ~ 70세 : 500만원(고정)

주) 택시기사, 오토바이운전자, 광부, 선원, 위험레포츠 종사자 등 가입 거절
(단, 오토바이운전자는 이륜자동차부담보특약 가입자에 한하여 가입허용)

o 특약

특약명	보험기간, 가입나이, 납입기간	가입한도액
상해통원특약	주계약과 동일	주계약 보험가입금액 이내에서 1천만원 한도로 선택부가
이륜자동차 부담보특약	-	

□ 보장내용

o 주계약 (보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액				
사망보험금	교통재해로 사망시	휴 일	1억원			
		평 일	5,000만원			
	일반재해로 사망시	휴 일	5,000만원			
		평 일	2,500만원			
장해연금	동일한 재해로 여러 신체 부위의 합산 장해지급률이 50% 이상 장해시	100%	500만원씩 10년			
		80%～100% 미만	300만원씩 10년			
		50%～ 80% 미만	100만원씩 10년			
		(매년 장해진단해당일 확정지급)				
장해급부금	재해로 장해지급률 중 3% 이상 50% 미만 장해시	1,000만원 × 해당 장해지급률				
입원치료자금	재해로 10일 이상 계속 입원시	10일 이상~20일 미만	10만원			
		20일 이상~30일 미만	20만원			
		30일 이상~50일 미만	30만원			
		50일 이상~100일 미만	50만원			
		100일 이상~200일 미만	100만원			
		200일 이상	250만원			
수술급부금	재해로 수술시 (수술 1회당)	1종	2종	3종	4종	5종
		10만원	30만원	50만원	100만원	500만원
골절치료자금	재해로 골절시 (사고 1회당)	20만원				
만기급부금	만기생존시	이미 납입한 보험료				

주) 1. 피보험자가 재해이외 원인으로 사망시 : 이미 납입한 보험료 지급
2. 보험료 납입면제 : 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때
3. 일반재해 : 교통재해 이외의 재해
4. 입원치료자금을 일부 지급한 경우 이미 지급한 금액 차감 후 지급
5. 재해 골절에서 치아의 파절은 제외

o 상해통원특약 (특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
상해통원급부금	재해로 통원시 (통원 1회당)	1만원

주) 상해통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급

o 이륜자동차부담보특약

가입대상	이륜자동차 운전자(소유자 포함)
부담보 범위	이륜자동차 운전(탑승 포함) 중에 발생한 재해로 인하여 주계약 및 특약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금 부지급

주) 1. 이륜자동차 운전자(소유자 포함)는 주계약과 함께 반드시 이 특약을 가입해야 합니다.
2. 이륜자동차란
- 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함)와
- 배기량이 50시시 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차를 말합니다.

□ 보험료표

o 5년납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	주 계 약		상해통원특약	
	남 자	여 자	남 자	여 자
15	42,400	29,500	7,500	6,000
16	43,200	30,000	7,400	6,100
17	43,900	30,400	7,400	6,200
18	44,600	30,900	7,400	6,300
19	45,300	31,300	7,400	6,400
20	45,900	31,800	7,400	6,500
21	46,600	32,300	7,500	6,600
22	47,300	32,700	7,500	6,700
23	47,900	33,200	7,600	6,800
24	48,600	33,700	7,700	6,900
25	49,300	34,200	7,700	7,100
26	50,000	34,800	7,800	7,200
27	50,700	35,300	7,800	7,300
28	51,400	36,000	7,800	7,400
29	52,200	36,600	7,900	7,500
30	53,000	37,300	7,900	7,600
31	53,900	37,900	7,900	7,700
32	54,800	38,600	7,900	7,800
33	55,800	39,400	7,900	7,900
34	56,800	40,100	7,900	8,000
35	57,800	40,800	7,900	8,100
36	58,800	41,500	7,900	8,100
37	59,900	42,200	7,900	8,200
38	61,000	42,900	7,800	8,200
39	62,100	43,600	7,800	8,300
40	63,300	44,300	7,800	8,300
41	64,300	45,000	7,700	8,300
42	65,400	45,600	7,600	8,300
43	66,500	46,200	7,600	8,300
44	67,700	46,900	7,500	8,300
45	68,900	47,500	7,400	8,200
46	70,300	48,200	7,400	8,200
47	71,700	48,800	7,300	8,100
48	73,300	49,500	7,200	8,100
49	74,900	50,300	7,100	8,000
50	76,600	51,100	7,000	7,900
51	78,300	51,800	6,900	7,900
52	80,000	52,700	6,700	7,800
53	81,800	53,600	6,600	7,700
54	83,700	54,500	6,400	7,500
55	85,800	55,600	6,300	7,400
56	88,100	56,800	6,100	7,300
57	90,600	58,200	6,000	7,100
58	93,400	59,700	5,800	7,000
59	96,300	61,300	5,600	6,800
60	99,500	63,200	5,400	6,600
61	102,700	65,100	5,200	6,400
62	106,200	67,200	5,100	6,200
63	110,000	69,700	4,900	6,000
64	114,200	72,500	4,700	5,800
65	118,800	75,700	4,500	5,600
66	124,100	79,400	4,300	5,300
67	130,200	83,700	4,100	5,100
68	137,300	88,900	3,900	4,800
69	145,800	95,100	3,700	4,500
70	156,100	102,800	3,500	4,200

o 10년납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	주 계 약		상해통원특약	
	남 자	여 자	남 자	여 자
15	24,000	16,800	4,100	3,300
16	24,400	17,000	4,100	3,300
17	24,800	17,300	4,100	3,400
18	25,300	17,600	4,100	3,400
19	25,700	17,800	4,100	3,500
20	26,100	18,100	4,100	3,600
21	26,400	18,400	4,100	3,600
22	26,800	18,700	4,100	3,700
23	27,200	18,900	4,200	3,800
24	27,600	19,200	4,200	3,800
25	28,000	19,500	4,200	3,900
26	28,400	19,900	4,300	3,900
27	28,900	20,200	4,300	4,000
28	29,300	20,600	4,300	4,100
29	29,800	20,900	4,300	4,100
30	30,300	21,300	4,300	4,200
31	30,800	21,700	4,300	4,200
32	31,400	22,200	4,300	4,300
33	32,000	22,600	4,300	4,300
34	32,600	23,000	4,300	4,400
35	33,200	23,500	4,300	4,400
36	33,900	23,900	4,300	4,500
37	34,600	24,400	4,300	4,500
38	35,300	24,800	4,300	4,500
39	36,000	25,200	4,300	4,500
40	36,700	25,700	4,300	4,600
41	37,400	26,100	4,300	4,600
42	38,100	26,500	4,200	4,600
43	38,800	26,900	4,200	4,600
44	39,600	27,400	4,200	4,500
45	40,400	27,800	4,100	4,500
46	41,300	28,300	4,100	4,500
47	42,300	28,700	4,000	4,500
48	43,400	29,200	4,000	4,500
49	44,500	29,800	3,900	4,400
50	45,700	30,300	3,900	4,400
51	46,800	30,900	3,800	4,300
52	48,100	31,500	3,700	4,300
53	49,400	32,200	3,700	4,200
54	50,800	32,900	3,600	4,200
55	52,400	33,800	3,500	4,100
56	54,200	34,700	3,400	4,000
57	56,100	35,800	3,300	3,900
58	58,300	37,000	3,200	3,900
59	60,600	38,300	3,200	3,800
60	63,200	39,800	3,100	3,700
61	66,000	41,400	3,000	3,600
62	69,100	43,300	2,900	3,500
63	72,500	45,500	2,800	3,400
64	76,500	48,100	2,700	3,200
65	81,200	51,200	2,600	3,100
66	86,700	54,900	2,500	3,000
67	93,500	59,600	2,400	2,800
68	101,900	65,500	2,300	2,700
69	112,900	73,200	2,200	2,500
70	128,000	84,100	2,100	2,400

o 15년납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	주 계 약		상해통원특약	
	남 자	여 자	남 자	여 자
15	18,000	12,600	3,000	2,400
16	18,300	12,800	3,000	2,400
17	18,700	13,000	3,000	2,500
18	19,000	13,200	3,000	2,500
19	19,300	13,500	3,000	2,600
20	19,600	13,700	3,000	2,600
21	19,900	13,900	3,000	2,600
22	20,200	14,100	3,000	2,700
23	20,500	14,300	3,100	2,700
24	20,800	14,500	3,100	2,800
25	21,200	14,800	3,100	2,800
26	21,500	15,000	3,100	2,900
27	21,800	15,300	3,100	2,900
28	22,200	15,600	3,100	3,000
29	22,600	15,900	3,200	3,000
30	23,000	16,200	3,200	3,100
31	23,400	16,500	3,200	3,100
32	23,900	16,900	3,200	3,100
33	24,300	17,200	3,200	3,200
34	24,800	17,600	3,200	3,200
35	25,400	17,900	3,200	3,200
36	25,900	18,300	3,200	3,300
37	26,500	18,600	3,200	3,300
38	27,100	19,000	3,200	3,300
39	27,700	19,400	3,200	3,300
40	28,300	19,700	3,100	3,300
41	28,900	20,100	3,100	3,300
42	29,500	20,500	3,100	3,300
43	30,100	20,800	3,100	3,300
44	30,800	21,200	3,100	3,300
45	31,500	21,600	3,000	3,300
46	32,300	22,000	3,000	3,300
47	33,200	22,500	3,000	3,300
48	34,200	22,900	2,900	3,300
49	35,200	23,400	2,900	3,200
50	36,300	24,000	2,900	3,200
51	37,400	24,500	2,800	3,200
52	38,600	25,200	2,800	3,100
53	39,900	25,800	2,700	3,100
54	41,300	26,600	2,700	3,100
55	42,800	27,400	2,600	3,000
56	44,600	28,400	2,600	3,000
57	46,600	29,500	2,500	2,900
58	48,800	30,700	2,400	2,800
59	51,300	32,200	2,400	2,800
60	54,100	33,800	2,300	2,700
61	57,200	35,700	2,300	2,600
62	60,800	37,900	2,200	2,600
63	65,000	40,600	2,100	2,500
64	70,000	43,900	2,100	2,400
65	76,100	48,000	2,000	2,300

o 20년납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	주 계 약		상해통원특약	
	남 자	여 자	남 자	여 자
15	15,100	10,600	2,500	2,000
16	15,400	10,800	2,400	2,000
17	15,700	11,000	2,400	2,000
18	16,000	11,200	2,400	2,100
19	16,200	11,300	2,400	2,100
20	16,500	11,500	2,400	2,100
21	16,800	11,700	2,500	2,200
22	17,000	11,900	2,500	2,200
23	17,300	12,100	2,500	2,200
24	17,600	12,300	2,500	2,300
25	17,900	12,500	2,500	2,300
26	18,200	12,700	2,600	2,400
27	18,500	13,000	2,600	2,400
28	18,800	13,200	2,600	2,400
29	19,200	13,500	2,600	2,500
30	19,500	13,800	2,600	2,500
31	19,900	14,100	2,600	2,500
32	20,300	14,400	2,600	2,600
33	20,800	14,700	2,600	2,600
34	21,200	15,000	2,600	2,600
35	21,700	15,300	2,600	2,700
36	22,200	15,700	2,600	2,700
37	22,800	16,000	2,600	2,700
38	23,300	16,300	2,600	2,700
39	23,900	16,700	2,600	2,700
40	24,400	17,000	2,600	2,700
41	25,000	17,400	2,600	2,700
42	25,600	17,700	2,600	2,700
43	26,200	18,100	2,500	2,700
44	26,900	18,500	2,500	2,700
45	27,700	18,900	2,500	2,700
46	28,500	19,300	2,500	2,700
47	29,300	19,800	2,500	2,700
48	30,300	20,200	2,400	2,700
49	31,300	20,800	2,400	2,700
50	32,500	21,400	2,400	2,600
51	33,600	22,000	2,400	2,600
52	34,900	22,600	2,300	2,600
53	36,300	23,400	2,300	2,600
54	37,800	24,200	2,200	2,500
55	39,500	25,200	2,200	2,500
56	41,500	26,300	2,200	2,500
57	43,700	27,600	2,100	2,400
58	46,300	29,100	2,100	2,400
59	49,200	30,800	2,000	2,300
60	52,600	32,900	2,000	2,300

□ 해약환급금 예시표

o 남자 (보험가입금액 1,000만원, 40세 기준, 단위 : 원)

경과 기간	10년납		20년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	440,400	213,200	292,800	71,600
3년	1,321,200	951,500	878,400	512,200
5년	2,202,000	1,741,500	1,464,000	980,000
10년	4,404,000	3,838,700	2,928,000	2,149,400
15년	4,404,000	4,083,900	4,392,000	3,491,500
20년	4,404,000	4,341,800	5,856,000	5,074,300
30년	4,404,000	4,692,400	5,856,000	5,709,300
40년	4,404,000	4,404,000	5,856,000	5,856,000

o 여자 (보험가입금액 1,000만원, 40세 기준, 단위 : 원)

경과 기간	10년납		20년납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	308,400	108,000	204,000	9,500
3년	925,200	622,800	612,000	318,300
5년	1,542,000	1,168,400	1,020,000	641,000
10년	3,084,000	2,553,000	2,040,000	1,385,200
15년	3,084,000	2,690,500	3,060,000	2,264,000
20년	3,084,000	2,858,300	4,080,000	3,330,900
30년	3,084,000	3,204,800	4,080,000	3,886,000
40년	3,084,000	3,084,000	4,080,000	4,080,000

◆ 휴일재해보장보험

□ 가입요건

보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입주기	가입한도액
1년 만기	만 15세 이상	1년납	연납	1구좌

□ 보장내용

(1구좌 기준)

지급구분	지급사유	지급내용
휴일재해사망보험금	공휴일에 재해로 사망 또는 장해지급률 80% 이상 장해상태가 되었을 때	1,000만원

□ 보험료표

(1구좌 기준)

구 분	남 자	여 자
보 험 료	2,800원	1,000원

□ 해약환급금 : 없음

◆ 우체국단체보장보험

□ 가입요건

보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입주기	가입한도액
1년 만기	만 15세 이상	1년납	연납	10,000만원

※ 가입대상 : 지식경제부소속 공무원

o 부가특약

특약명	보험기간, 가입나이, 납입기간, 납입주기	가입한도액
입원의료비보장특약	주계약과 동일	1,000만원

□ 보장내용

o 주계약

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
사망 보험금	사망하였거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원
장해 급부금	보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원×해당 장해지급률

o 입원의료비보장특약

구분	보상금액	비고
입원실료 입원제비용 입원수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금'과 '비급여(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액	1,000만원 한도
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액	

주) 1. 지급대상 : 계약일로부터 보험기간이 끝나는 날까지 입원하여 발생한 의료비 (질병 또는 상해의 발생시기에 상관없이 지급하되, 보험기간 만료 후는 부지급)

※ 입원 전에 통원기록이 있더라도 통원치료비용은 보장대상이 아님에 유의

2. 질병치료와 무관한 의료비(보신, 미용 등) 부분은 보상에서 제외
3. 자동차보험, 공무원연금법 등이 적용되는 의료비 중 본인부담분의 90% 해당액을 보상
4. 국민건강보험법을 적용 받지 못하는 경우(국민건강보험에서 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상
5. 국민건강보험법 시행령 제22조에 의거한 "본인부담금 상한제" 적용 등으로 건강보험공단으로부터 차후 환급이 가능한 금액은 보상 제외

□ 보험료표

(1구좌 기준, 단위 : 원)

구 분	주 계 약	입원의료비보장특약
남자	136,000	69,370
여자	50,000	86,480

□ 해약환급금 : 없음

◆ 우체국안전벨트보험

□ 가입요건

o 주계약

보험기간	가입나이	납입기간	가입한도액
20년 만기	만15~70세	20년납	만15 ~ 59세 : 1,000만원(고정) 60 ~ 70세 : 500만원(고정)

주) 일부 위험직종 가입제한 (단, 오토바이운전자는 이륜자동차부담보특약 가입자에 한하여 가입 허용)

o 특약 : 이륜자동차부담보특약

□ 보장내용

o 주계약

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
휴일교통재해 사망보험금	휴일에 발생한 교통재해로 사망시	2억원	
평일교통재해 사망보험금	평일에 발생한 교통재해로 사망시	1억원	
휴일교통재해 재활치료자금	휴일에 발생한 교통재해로 장해지급률 3~100% 장해시	1억원 × 해당 장해지급률	
평일교통재해 재활치료자금	평일에 발생한 교통재해로 장해지급률 3~100% 장해시	5천만원 × 해당 장해지급률	
입원치료자금	교통재해로 10일 이상 계속 입원시	10일 이상~20일 미만	10만원
		20일 이상~30일 미만	20만원
		30일 이상~50일 미만	30만원
		50일 이상~100일 미만	50만원
		100일 이상~200일 미만	100만원
		200일 이상	250만원
수술급부금	교통재해로 수술시 (수술 1회당)	100만원	
외모수술자금	교통재해 외모상해로 외모수술시(수술 1회당)	50만원	
골절치료자금	교통재해로 골절시 (사고 1회당)	30만원	
깁스치료자금	교통재해로 깁스치료시 (사고 1회당)	10만원	
통원치료자금	교통재해로 통원시 (통원 1회당)	1만원	

주) 1. 피보험자가 교통재해 이외의 원인으로 사망시 : 책임준비금 지급
2. 보험료 납입면제 : 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해상태가 되었을 때
3. 입원치료자금을 일부 지급한 경우 이미 지급한 금액 차감 후 지급
4. 수술급부금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술급부금만을 지급
5. 외모수술자금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 외모수술을 받은 경우에는 1회의 외모수술자금만을 지급
6. 외모상해란 약관의 외모상해분류표에서 정한 머리, 얼굴 및 목의 상해
7. 동일한 교통재해로 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 골절치료자금은 1회만 지급
8. 골절치료자금의 경우, 치아의 파절은 보장에서 제외
9. 깁스치료자금의 경우, 동일한 교통재해로 인하여 2회 이상의 깁스(Cast)치료를 받은 경우라도 깁스치료자금은 1회만 지급
10. 통원치료자금은 1일 1회에 한하여 지급

o 이륜자동차부담보특약

가입대상	이륜자동차 운전자(소유자 포함)
부담보 범위	이륜자동차 운전(탑승 포함) 중에 발생한 교통재해로 인하여 주계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금 부지급

주) 1. 이륜자동차 운전자(소유자 포함)는 주계약과 함께 반드시 이 특약 가입

2. 이륜자동차란
- 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차를 포함)와
- 배기량이 50시시 미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59킬로와트 미만)인 이륜자동차

□ 보험료표

o 20년 만기 전기납 (보험가입금액 1,000만원 기준)

남 자	여 자
9,400원	6,100원

□ 해약환급금 예시표

o 20년 만기 전기납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	112,800	-	73,200	-
3년	338,400	-	219,600	-
5년	564,000	200	366,000	100
7년	789,600	200	512,400	100
10년	1,128,000	300	732,000	100
20년	2,256,000	-	1,464,000	-

◆ 무배당 우체국실손의료비보험

□ 가입요건

보험종류	가입나이	보험기간	납입기간	가입금액
종합형 질병형	0 ~ 60세	5년 (종신갱신형)	전기납	1구좌

주) 1. 임신 4개월 이상 경과된 태아도 가입 가능
2. 다태아(쌍둥이 등)의 경우 가족관계등록부상 선순위자만 피보험자 등록 가능

□ 보장내용

o 종합형/질병형

지급구분			지 급 사 유	지 급 액
입원의료비		종합형	질병 또는 상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때	보상대상의료비의 90%를 5,000만원 한도로 지급 (상급병실료차액은 1일 평균 10만원 한도)
		질병형	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때	
통원의료비	외래	종합형	질병 또는 상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때	병원급별 공제금액*을 차감한 후 1회당 20만원 한도로 지급 (연간 180회 한도) * 의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원
		질병형	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때	
	처방조제비	종합형	질병 또는 상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제를 받아 보상대상의료비가 발생하였을 때	처방조제 건당 8,000원을 공제한 후 건당 10만원 한도로 지급 (연간 180건 한도)
		질병형	질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제를 받아 보상대상의료비가 발생하였을 때	
건강관리자금			보험기간(5년)이 끝날 때까지 생존시	30만원

주) 1. 보상대상의료비 : 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비 중 약관에서 보상하지 않는 항목을 제외한 의료비
2. 입원의료비에서 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과할 경우 그 초과금액은 100% 보상
3. 상급병실료차액 : 국민건강보험 급여대상인 기준병실과 실제 사용병실간의 병실료 차액 중 50%를 공제한 금액
4. 국민건강보험법 또는 의료급여법 적용을 받지 못하는 경우에는 본인부담금의 40% 해당액 보상
5. 여러 보험사에 실손의료비 보장상품을 다수 가입한 경우, 약관에 따라 비례보상
6. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시 책임준비금 지급

□ 보험료표

(단위 : 원)

가입 나이	종합형		질병형	
	남자	여자	남자	여자
0	22,590	22,180	22,150	21,790
1	19,930	19,650	19,410	19,220
2	18,140	17,910	17,550	17,450
3	16,910	16,680	16,260	16,210
4	16,100	15,840	15,400	15,370
5	15,570	15,260	14,810	14,790
6	15,190	14,820	14,370	14,350
7	14,740	14,320	13,870	13,850
8	14,390	13,910	13,440	13,440
9	14,130	13,590	13,110	13,120
10	13,990	13,370	12,880	12,900
11	13,960	13,270	12,770	12,790
12	14,020	13,270	12,750	12,780
13	14,140	13,360	12,790	12,870
14	14,300	13,550	12,860	13,030
15	14,460	13,800	12,940	13,260
16	14,590	14,120	13,000	13,540
17	14,700	14,470	13,050	13,850
18	14,760	14,840	13,070	14,170
19	14,800	15,200	13,070	14,500
20	14,840	15,540	13,080	14,820
21	14,870	15,860	13,100	15,130
22	14,930	16,150	13,150	15,430
23	15,000	16,400	13,230	15,690
24	15,100	16,600	13,340	15,900
25	15,220	16,730	13,490	16,040
26	15,360	16,800	13,660	16,120
27	15,510	16,820	13,850	16,130
28	15,680	16,820	14,060	16,140
29	15,860	16,860	14,280	16,160
30	16,070	16,970	14,510	16,250
31	16,290	17,160	14,740	16,410
32	16,550	17,450	14,980	16,650
33	16,840	17,820	15,240	16,970
34	17,160	18,280	15,520	17,370
35	17,530	18,810	15,850	17,840
36	17,960	19,430	16,210	18,380
37	18,430	20,110	16,630	18,990
38	18,930	20,830	17,070	19,630
39	19,430	21,540	17,530	20,270
40	19,900	22,200	17,980	20,880
41	20,330	22,800	18,420	21,450
42	20,750	23,360	18,850	21,970
43	21,190	23,910	19,320	22,500
44	21,720	24,520	19,870	23,080
45	22,380	25,260	20,540	23,780
46	23,190	26,130	21,330	24,590
47	24,150	27,130	22,260	25,510
48	25,230	28,230	23,290	26,530
49	26,430	29,400	24,430	27,610
50	27,710	30,620	25,650	28,730
51	29,070	31,890	26,950	29,900
52	30,510	33,210	28,330	31,130
53	32,040	34,610	29,800	32,440
54	33,640	36,090	31,340	33,830
55	35,330	37,670	32,980	35,330
56	37,110	39,380	34,720	36,970
57	38,960	41,200	36,510	38,710
58	40,810	43,080	38,320	40,510
59	42,600	44,960	40,070	42,310
60	44,270	46,800	41,710	44,060

□ 해약환급금 예시표

o 종합형

- 남자

(단위 : 원)

경과 기간	20세		30세		40세	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	178,080	3,660	192,840	2,310	238,800	6,050
2년	356,160	82,940	385,680	87,510	477,600	100,950
3년	534,240	159,300	578,520	166,630	716,400	182,780
4년	712,320	232,040	771,360	238,110	955,200	249,830
5년	890,400	300,000	964,200	300,000	1,194,000	300,000

- 여자

(단위 : 원)

경과 기간	20세		30세		40세	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	186,480	7,230	203,640	0	266,400	14,350
2년	372,960	92,150	407,280	83,040	532,800	113,790
3년	559,440	170,110	610,920	164,370	799,200	195,950
4년	745,920	239,870	814,560	237,690	1,065,600	258,800
5년	932,400	300,000	1,018,200	300,000	1,332,000	300,000

o 질병형

- 남자

(단위 : 원)

경과 기간	20세		30세		40세	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	156,960	10,640	174,120	9,340	215,760	1,710
2년	313,920	85,180	348,240	90,490	431,520	94,450
3년	470,880	158,670	522,360	166,810	647,280	176,340
4년	627,840	230,550	696,480	237,080	863,040	245,610
5년	784,800	300,000	870,600	300,000	1,078,800	300,000

- 여자

(단위 : 원)

경과 기간	20세		30세		40세	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	177,840	9,830	195,000	0	250,560	10,560
2년	355,680	92,740	390,000	83,350	501,120	107,990
3년	533,520	169,660	585,000	163,300	751,680	190,110
4년	711,360	239,280	780,000	236,400	1,002,240	254,870
5년	889,200	300,000	975,000	300,000	1,252,800	300,000

주) 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산

◆ 무배당 만원의행복보험

□ 가입요건

보험기간	가입나이	납입기간	가입금액
1년	만15～65세	일시납	1구좌 고정

주) 보험계약자는 개별 보험계약자와 지식경제부장관을 공동 보험계약자로하며, 개별 보험계약자를 대표자로 함

□ 피보험자 자격요건(국민건강보험 자기부담 보험료가 아래 금액 이하인 자)

(단위 : 원)

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
직장가입자	24,100	40,900	52,900	64,900	76,900	88,900	100,900
지역가입자	6,700	28,600	47,800	68,400	86,500	104,300	120,800

※ 세대원이 7인 이상인 가구는 7인 가구 기준으로 적용

□ 보장내용

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
유족위로금		재해를 직접적인 원으로 사망하였을 때	2,000만원
상해 입원의료비		상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때	보상대상의료비의 90%를 5,000만원 한도로 지급 (상급병실료차액은 1일 평균 10만원 한도)
상해 통원 의료비	외래	상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하여 보상대상의료비가 발생하였을 때	병원급별 공제금액*을 차감한 후 1회당 20만원 한도로 지급 (연간 180회 한도) * 의원 1만원, 병원 1.5만원, 종합전문요양기관 2만원
	처방 조제비	상해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 처방조제를 받아 보상대상의료비가 발생하였을 때	처방조제 건당 8,000원을 공제한 후 건당 10만원 한도로 지급 (연간 180건 한도)

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 사망 당시 책임준비금 지급
2. 보상대상의료비 : 병원 또는 약국에 실제로 지불한 의료비 중 약관에서 보상하지 않는 항목을 제외한 의료비
3. 상해 입원의료비에서 10% 해당액이 계약일로부터 연간 200만원(상급병실료 차액 전체 제외)을 초과할 경우 그 초과금액은 100% 보상
4. 상급병실료차액 : 국민건강보험 급여대상인 기준병실과 실제 사용병실간의 병실료 차액 중 50%를 공제한 금액
5. 국민건강보험법 또는 의료급여법 적용을 받지 못하는 경우에는 본인부담금의 40% 해당액 보상
6. 여러 보험사(공제 등 포함)에 상해 실손의료비 보장상품을 다수 가입한 경우, 의료비는 약관에 따라 비례 보상

□ 보험료표

o 1년 만기 일시납

남 자	여 자
35,480원	25,680원

□ 해약환급금 예시표

o 1년 만기 일시납

(단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
3개월	35,480	20,200	25,680	13,590
6개월	35,480	13,470	25,680	9,060
9개월	35,480	6,730	25,680	4,530
1년	35,480	-	25,680	-

주) 체신관서가 일부 보험료를 납입한 경우에는 이에 해당하는 해약환급금을 위 해약환급금에서 차감하고 지급

◆ 무배당 에버리치복지보험

□ 가입요건

보험종류	보험기간	가입나이	납입기간	납입주기
일반형	3년 만기 5년 만기	0~75세	일시납 전기납	일시납 월납
생계형				

주) 1. 생계형 계약자는 '조세특례제한법' 제88조의2에 정한 요건을 충족하여야 함
2. 만기일 1개월전부터 만기일 전일까지 무배당 알찬전환특약 가입신청 가능(단, 일반형에 한함)

o 가입한도액

일반형	4,000만원
생계형	3,000만원

□ 보장내용

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	만기생존시	1,000만원
장해급부금	동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률 50% 이상 장해시	1,000만원

주) 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니함.

□ 보험료표

o 일시납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	3년 만기		5년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자
0	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
1	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
2	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
3	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
4	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
5	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
6	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
7	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
8	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
9	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
10	9,050,700	9,050,100	8,391,200	8,390,300
11	9,050,700	9,050,100	8,391,600	8,390,400
12	9,050,700	9,050,100	8,391,900	8,390,400
13	9,051,000	9,050,200	8,392,300	8,390,500
14	9,051,400	9,050,200	8,392,600	8,390,600
15	9,051,800	9,050,300	8,393,000	8,390,600
16	9,051,800	9,050,300	8,393,400	8,390,700
17	9,051,800	9,050,300	8,393,700	8,390,800
18	9,052,100	9,050,400	8,394,100	8,390,900
19	9,052,500	9,050,500	8,394,400	8,391,000

가입나이	3년 만기		5년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자
20	9,052,900	9,050,500	8,394,800	8,391,000
21	9,052,900	9,050,500	8,394,800	8,391,000
22	9,052,900	9,050,500	8,394,800	8,391,000
23	9,052,900	9,050,500	8,394,800	8,391,000
24	9,052,900	9,050,500	8,394,800	8,391,000
25	9,052,900	9,050,500	8,394,800	8,391,000
26	9,052,900	9,050,500	8,395,300	8,391,200
27	9,052,900	9,050,500	8,395,800	8,391,300
28	9,053,400	9,050,700	8,396,300	8,391,500
29	9,054,000	9,050,900	8,396,800	8,391,600
30	9,054,500	9,051,000	8,397,400	8,391,800
31	9,054,500	9,051,000	8,397,400	8,391,800
32	9,054,500	9,051,000	8,397,400	8,391,800
33	9,054,500	9,051,000	8,397,400	8,391,800
34	9,054,500	9,051,000	8,397,400	8,391,800
35	9,054,500	9,051,000	8,397,400	8,391,800
36	9,054,500	9,051,000	8,397,900	8,392,100
37	9,054,500	9,051,000	8,398,500	8,392,300
38	9,055,100	9,051,300	8,399,100	8,392,600
39	9,055,700	9,051,600	8,399,700	8,392,800
40	9,056,400	9,051,800	8,400,400	8,393,100
41	9,056,400	9,051,800	8,400,400	8,393,100
42	9,056,400	9,051,800	8,400,400	8,393,100
43	9,056,400	9,051,800	8,400,400	8,393,100
44	9,056,400	9,051,800	8,400,400	8,393,100
45	9,056,400	9,051,800	8,400,400	8,393,100
46	9,056,400	9,051,800	8,401,000	8,393,500
47	9,056,400	9,051,800	8,401,600	8,393,900
48	9,057,100	9,052,300	8,402,300	8,394,400
49	9,057,800	9,052,700	8,403,000	8,394,800
50	9,058,500	9,053,200	8,403,800	8,395,300
51	9,058,500	9,053,200	8,403,800	8,395,300
52	9,058,500	9,053,200	8,403,800	8,395,300
53	9,058,500	9,053,200	8,403,800	8,395,300
54	9,058,500	9,053,200	8,403,800	8,395,300
55	9,058,500	9,053,200	8,403,800	8,395,300
56	9,058,500	9,053,200	8,404,500	8,395,900
57	9,058,500	9,053,200	8,405,200	8,396,600
58	9,059,300	9,053,900	8,406,000	8,397,300
59	9,060,100	9,054,600	8,406,800	8,398,100
60	9,060,900	9,055,400	8,407,600	8,398,800
61	9,060,900	9,055,400	8,407,600	8,398,800
62	9,060,900	9,055,400	8,407,600	8,398,800
63	9,060,900	9,055,400	8,407,600	8,398,800
64	9,060,900	9,055,400	8,407,600	8,398,800
65	9,060,900	9,055,400	8,407,600	8,398,800
66	9,060,900	9,055,400	8,408,400	8,399,900
67	9,060,900	9,055,400	8,409,200	8,401,100
68	9,061,700	9,056,600	8,410,000	8,402,300
69	9,062,600	9,057,800	8,410,900	8,403,500
70	9,063,500	9,059,100	8,411,800	8,404,800
71	9,063,500	9,059,100	8,411,800	8,404,800
72	9,063,500	9,059,100	8,411,800	8,404,800
73	9,063,500	9,059,100	8,411,800	8,404,800
74	9,063,500	9,059,100	8,411,800	8,404,800
75	9,063,500	9,059,100	8,411,800	8,404,800

o 전기납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	3년 만기		5년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자
0	269,600	269,600	156,200	156,200
1	269,600	269,600	156,200	156,200
2	269,600	269,600	156,200	156,200
3	269,600	269,600	156,200	156,200
4	269,600	269,600	156,200	156,200
5	269,600	269,600	156,200	156,200
6	269,600	269,600	156,200	156,200
7	269,600	269,600	156,200	156,200
8	269,600	269,600	156,200	156,200
9	269,600	269,600	156,200	156,200
10	269,600	269,600	156,200	156,200
11	269,600	269,600	156,200	156,200
12	269,600	269,600	156,200	156,200
13	269,600	269,600	156,200	156,200
14	269,700	269,600	156,200	156,200
15	269,700	269,600	156,200	156,200
16	269,700	269,600	156,200	156,200
17	269,700	269,600	156,200	156,200
18	269,700	269,600	156,200	156,200
19	269,700	269,600	156,200	156,200
20	269,700	269,600	156,200	156,200
21	269,700	269,600	156,200	156,200
22	269,700	269,600	156,200	156,200
23	269,700	269,600	156,200	156,200
24	269,700	269,600	156,200	156,200
25	269,700	269,600	156,200	156,200
26	269,700	269,600	156,200	156,200
27	269,700	269,600	156,300	156,200
28	269,700	269,600	156,300	156,200
29	269,700	269,600	156,300	156,200
30	269,700	269,600	156,300	156,200
31	269,700	269,600	156,300	156,200
32	269,700	269,600	156,300	156,200
33	269,700	269,600	156,300	156,200
34	269,700	269,600	156,300	156,200
35	269,700	269,600	156,300	156,200
36	269,700	269,600	156,300	156,200
37	269,700	269,600	156,300	156,200
38	269,800	269,600	156,300	156,200
39	269,800	269,700	156,300	156,200
40	269,800	269,700	156,300	156,200
41	269,800	269,700	156,300	156,200
42	269,800	269,700	156,300	156,200
43	269,800	269,700	156,300	156,200

가입 나이	3년 만기		5년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자
44	269,800	269,700	156,300	156,200
45	269,800	269,700	156,300	156,200
46	269,800	269,700	156,400	156,200
47	269,800	269,700	156,400	156,200
48	269,800	269,700	156,400	156,200
49	269,800	269,700	156,400	156,200
50	269,900	269,700	156,400	156,200
51	269,900	269,700	156,400	156,200
52	269,900	269,700	156,400	156,200
53	269,900	269,700	156,400	156,200
54	269,900	269,700	156,400	156,200
55	269,900	269,700	156,400	156,200
56	269,900	269,700	156,400	156,300
57	269,900	269,700	156,400	156,300
58	269,900	269,700	156,400	156,300
59	269,900	269,800	156,500	156,300
60	269,900	269,800	156,500	156,300
61	269,900	269,800	156,500	156,300
62	269,900	269,800	156,500	156,300
63	269,900	269,800	156,500	156,300
64	269,900	269,800	156,500	156,300
65	269,900	269,800	156,500	156,300
66	269,900	269,800	156,500	156,300
67	269,900	269,800	156,500	156,400
68	270,000	269,800	156,500	156,400
69	270,000	269,800	156,500	156,400
70	270,000	269,900	156,600	156,400
71	270,000	269,900	156,600	156,400
72	270,000	269,900	156,600	156,400
73	270,000	269,900	156,600	156,400
74	270,000	269,900	156,600	156,400
75	270,000	269,900	156,600	156,400

□ 해약환급금 예시표

o 일시납 3년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	9,054,500	9,254,400	9,051,000	9,252,000
	2년	9,054,500	9,619,400	9,051,000	9,618,100
	3년	9,054,500	10,000,000	9,051,000	10,000,000
40세	1년	9,056,400	9,255,700	9,051,800	9,252,600
	2년	9,056,400	9,620,000	9,051,800	9,618,400
	3년	9,056,400	10,000,000	9,051,800	10,000,000
50세	1년	9,058,500	9,257,100	9,053,200	9,253,500
	2년	9,058,500	9,620,700	9,053,200	9,618,900
	3년	9,058,500	10,000,000	9,053,200	10,000,000

o 일시납 5년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	8,397,400	8,569,000	8,391,800	8,564,500
	2년	8,397,400	8,904,500	8,391,800	8,901,000
	3년	8,397,400	9,254,400	8,391,800	9,252,000
	4년	8,397,400	9,619,400	8,391,800	9,618,100
	5년	8,397,400	10,000,000	8,391,800	10,000,000
40세	1년	8,400,400	8,571,500	8,393,100	8,565,500
	2년	8,400,400	8,906,400	8,393,100	8,901,800
	3년	8,400,400	9,255,700	8,393,100	9,252,600
	4년	8,400,400	9,620,000	8,393,100	9,618,400
	5년	8,400,400	10,000,000	8,393,100	10,000,000
50세	1년	8,403,800	8,574,200	8,395,300	8,567,300
	2년	8,403,800	8,908,500	8,395,300	8,903,200
	3년	8,403,800	9,257,100	8,395,300	9,253,500
	4년	8,403,800	9,620,700	8,395,300	9,618,900
	5년	8,403,800	10,000,000	8,395,300	10,000,000

o 전기납 3년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	3,236,400	3,127,300	3,235,200	3,127,300
	2년	6,472,800	6,492,100	6,470,400	6,492,100
	3년	9,709,200	10,000,000	9,705,600	10,000,000
40세	1년	3,237,600	3,127,300	3,236,400	3,127,300
	2년	6,475,200	6,492,100	6,472,800	6,492,100
	3년	9,712,800	10,000,000	9,709,200	10,000,000
50세	1년	3,238,800	3,127,300	3,236,400	3,127,300
	2년	6,477,600	6,492,100	6,472,800	6,492,100
	3년	9,716,400	10,000,000	9,709,200	10,000,000

o 전기납 5년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	1,875,600	1,755,200	1,874,400	1,755,200
	2년	3,751,200	3,689,400	3,748,800	3,689,400
	3년	5,626,800	5,705,800	5,623,200	5,705,800
	4년	7,502,400	7,808,200	7,497,600	7,808,200
	5년	9,378,000	10,000,000	9,372,000	10,000,000
40세	1년	1,875,600	1,755,200	1,874,400	1,755,200
	2년	3,751,200	3,689,400	3,748,800	3,689,400
	3년	5,626,800	5,705,800	5,623,200	5,705,800
	4년	7,502,400	7,808,200	7,497,600	7,808,200
	5년	9,378,000	10,000,000	9,372,000	10,000,000
50세	1년	1,876,800	1,755,200	1,874,400	1,755,200
	2년	3,753,600	3,689,400	3,748,800	3,689,400
	3년	5,630,400	5,705,800	5,623,200	5,705,800
	4년	7,507,200	7,808,200	7,497,600	7,808,200
	5년	9,384,000	10,000,000	9,372,000	10,000,000

◆ 무배당 그린보너스저축보험

□ 가입요건

보험종류		보험기간	가입나이	납입기간	납입주기
일반형	예치형	3년 만기 5년 만기 10년 만기	0세 이상	일시납	일시납
	적립형			전기납	월 납
생계형	예치형			일시납	일시납
	적립형			전기납	월 납

주) 1. 생계형 계약자는 '조세특례제한법 제88조2'에서 정한 요건 충족
2. 만기일 1개월전~만기일 전일까지 무배당 알찬전환특약 가입신청 가능. 단, 일반형에 한함.

o 보험료 납입한도액

구분	예치형	적립형		
		3년만기	5년만기	10년만기
일반형	100~4,000만원	10~100만원	10~60만원	10~30만원
생계형	100~3,000만원	10~80만원	10~50만원	10~25만원

주) 예치형은 100만원 단위 / 적립형은 1만원 단위로 가입

□ 보장내용

지급구분	지 급 사 유	지 급 액	
만기보험금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	적립금액	
장해급부금	장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상인 장해가 되었을 때	예치형	적립형
		일시납 보험료	월납 보험료의 50배

주) 1. 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금 지급
단, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료 지급
2. "적립금액"이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 "환급금대출이율-1.0%"(최저보증이율 2.5%)에 초년도 보너스이율을 더하여 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율 및 보험료 납입일이 변경되면 적립금액도 달라짐
3. 납입보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 보험료를 기준으로 지급

□ 해약환급금 예시표

o 예치형

(기준 : 일시납보험료 1,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년 만기	5년 만기	10년 만기
1년	10,000,000	10,293,480	10,209,800	10,000,600
3년	10,000,000	11,243,100	11,086,830	10,857,940
5년	10,000,000	-	12,163,450	11,795,960
7년	10,000,000	-	-	12,822,270
10년	10,000,000	-	-	14,832,800

(기준 : 일시납보험료 3,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년 만기	5년 만기	10년 만기
1년	30,000,000	30,880,450	30,629,410	30,001,810
3년	30,000,000	33,729,300	33,260,490	32,573,820
5년	30,000,000	-	36,490,360	35,387,900
7년	30,000,000	-	-	38,466,830
10년	30,000,000	-	-	44,498,420

o 적립형

(기준 : 월납보험료 10만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년 만기	5년 만기	10년 만기
1년	1,200,000	1,153,890	1,123,270	1,122,160
3년	3,600,000	3,732,140	3,696,170	3,713,820
5년	6,000,000	-	6,515,720	6,546,010
7년	8,400,000	-	-	9,605,370
10년	12,000,000	-	-	14,761,570

(기준 : 월납보험료 30만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금		
		3년 만기	5년 만기	10년 만기
1년	3,600,000	3,461,670	3,369,810	3,366,500
3년	10,800,000	11,196,420	11,088,510	11,141,480
5년	18,000,000	-	19,547,170	19,638,050
7년	25,200,000	-	-	28,816,120
10년	36,000,000	-	-	44,284,720

주) 1. 위 해약환급금은 4.6%(환급금대출이율 5.6%-1.0%)의 적립이율을 적용한 것으로 환급금대출이율 및 보험료 납입일이 변동하면 위 금액도 달라짐
2. 만기예시금액은 초년도 보너스이율을 가산하여 산출한 금액임
3. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저 보증함

◆ 무배당 파워적립보험

□ 가입요건

보험기간	가입나이	납입기간	납입주기	가입한도
3년 만기	만15～67세	일시납 전기납	일시납 월 납	4,000만원
4년 만기	만15～66세			
5년 만기	만15～65세			
7년 만기	만15～63세			
10년 만기	만15～60세			

※ 만기일 1개월전～만기일 전일까지 무배당 알찬전환특약 가입신청 가능

□ 보장내용

(보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	만기생존시	적립금액
교통재해사망보험금	교통재해로 사망시	1,000만원 + 적립금액
일반재해사망보험금	일반재해로 사망시	500만원 + 적립금액
일반사망보험금	재해이외의 원인으로 사망시	200만원 + 적립금액
교통재해장해급부금	교통재해로 장해시	2,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해장해급부금	일반재해로 장해시	1,000만원 × 해당 장해지급률

주) 1. 적립금액 : 적립부분의 순보험료를 보험료 납입일로부터 "환급금대출이율-1%" 이율로 계산하여 적립한 금액으로, 향후 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 변동됨
2. 피보험자 사망시 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니함
3. 중도해약시 적립이자율 : 1년미만 해약시는 "환급금대출이율-3%", 2년미만 해약시는 "환급금대출이율-2%"를 적용
4. 상기 적립금액 계산에 적용되는 적립이율 및 중도해약시 적립이율에 대하여 2.5%를 최저보증
5. 일반재해 : 교통재해 이외의 재해

□ 보험료표

o 일시납

(보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입나이	3년 만기		4년 만기		5년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자	남 자	여 자
15	9,700,800	9,693,200	9,526,700	9,516,600	9,346,500	9,333,800
16	9,701,400	9,693,400	9,527,400	9,516,800	9,348,400	9,334,300
17	9,701,900	9,693,600	9,529,200	9,517,300	9,350,400	9,334,900
18	9,703,600	9,694,100	9,531,000	9,517,900	9,352,300	9,335,600
19	9,705,200	9,694,600	9,532,800	9,518,500	9,354,200	9,336,200
20	9,707,000	9,695,100	9,534,800	9,519,100	9,356,300	9,336,800
21	9,707,500	9,695,400	9,535,400	9,519,300	9,357,000	9,337,000
22	9,708,000	9,695,500	9,536,000	9,519,400	9,357,600	9,337,100
23	9,708,400	9,695,500	9,536,500	9,519,400	9,358,200	9,337,000
24	9,708,800	9,695,500	9,536,800	9,519,300	9,358,500	9,336,900
25	9,709,000	9,695,400	9,537,100	9,519,200	9,358,700	9,336,800
26	9,709,100	9,695,300	9,537,100	9,519,100	9,360,100	9,337,300
27	9,709,000	9,695,200	9,538,500	9,519,600	9,361,400	9,337,800
28	9,710,400	9,695,800	9,539,800	9,520,200	9,362,800	9,338,500
29	9,711,900	9,696,500	9,541,300	9,520,900	9,364,300	9,339,300
30	9,713,400	9,697,200	9,542,900	9,521,700	9,366,000	9,340,100
31	9,713,400	9,697,300	9,543,000	9,521,900	9,366,300	9,340,400
32	9,713,600	9,697,500	9,543,400	9,522,200	9,366,900	9,340,700
33	9,714,000	9,697,800	9,544,100	9,522,500	9,367,900	9,341,200
34	9,714,700	9,698,000	9,544,900	9,522,900	9,369,000	9,341,600
35	9,715,400	9,698,300	9,546,000	9,523,300	9,370,400	9,342,100
36	9,716,300	9,698,600	9,547,200	9,523,700	9,373,500	9,343,400
37	9,717,300	9,698,900	9,550,100	9,525,000	9,376,800	9,344,800
38	9,720,000	9,700,200	9,553,200	9,526,300	9,380,200	9,346,300
39	9,722,900	9,701,500	9,556,400	9,527,800	9,383,600	9,347,900
40	9,725,800	9,702,900	9,559,600	9,529,300	9,387,000	9,349,500
41	9,726,900	9,703,300	9,561,000	9,529,800	9,388,600	9,350,100
42	9,727,900	9,703,700	9,562,100	9,530,300	9,390,000	9,350,700
43	9,728,600	9,704,000	9,563,200	9,530,800	9,391,400	9,351,300
44	9,729,500	9,704,400	9,564,400	9,531,200	9,393,100	9,351,800
45	9,730,500	9,704,700	9,565,900	9,531,700	9,395,300	9,352,400
46	9,731,800	9,705,100	9,567,900	9,532,100	9,399,500	9,354,400
47	9,733,600	9,705,400	9,572,000	9,534,200	9,404,300	9,356,700
48	9,737,300	9,707,400	9,576,500	9,536,400	9,409,500	9,359,100
49	9,741,500	9,709,600	9,581,400	9,538,800	9,415,100	9,361,700
50	9,745,800	9,712,000	9,586,400	9,541,300	9,420,700	9,364,400
51	9,748,300	9,712,700	9,589,600	9,542,200	9,424,400	9,365,500
52	9,750,700	9,713,400	9,592,600	9,543,100	9,427,900	9,366,700
53	9,752,900	9,714,100	9,595,300	9,544,100	9,431,400	9,368,000
54	9,755,000	9,714,900	9,598,200	9,545,200	9,435,400	9,369,400
55	9,757,200	9,715,800	9,601,600	9,546,500	9,440,100	9,371,100
56	9,760,000	9,716,800	9,605,900	9,548,000	9,447,600	9,375,600
57	9,763,900	9,718,000	9,613,000	9,552,400	9,456,500	9,380,500
58	9,770,400	9,722,200	9,621,400	9,557,100	9,466,500	9,385,800
59	9,777,800	9,726,700	9,630,600	9,562,200	9,477,400	9,391,600
60	9,785,700	9,731,600	9,640,300	9,567,700	9,489,000	9,397,800
61	9,791,900	9,733,600	9,648,500	9,570,500	9,499,400	9,401,300
62	9,798,400	9,735,800	9,657,300	9,573,600	9,510,600	9,405,400
63	9,805,400	9,738,400	9,667,000	9,577,100	9,523,100	9,410,100
64	9,813,500	9,741,300	9,678,000	9,581,200	9,536,900	9,415,700
65	9,822,600	9,744,700	9,690,100	9,586,300	9,551,600	9,422,600
66	9,832,600	9,749,000	9,703,000	9,592,400	-	-
67	9,843,000	9,754,200	-	-	-	-

o 일시납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	7년 만기		10년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자
15	9,008,300	8,989,100	8,547,600	8,519,000
16	9,010,600	8,989,800	8,550,200	8,519,800
17	9,012,700	8,990,500	8,552,600	8,520,400
18	9,014,900	8,991,200	8,554,900	8,521,000
19	9,017,100	8,991,800	8,557,200	8,521,500
20	9,019,300	8,992,300	8,559,300	8,522,000
21	9,020,100	8,992,500	8,561,200	8,522,600
22	9,020,700	8,992,500	8,562,900	8,523,100
23	9,021,200	8,992,400	8,564,500	8,523,600
24	9,022,800	8,992,800	8,566,100	8,524,100
25	9,024,200	8,993,300	8,567,600	8,524,700
26	9,025,600	8,993,800	8,569,300	8,525,400
27	9,026,900	8,994,500	8,571,100	8,526,200
28	9,028,500	8,995,200	8,573,200	8,527,200
29	9,030,300	8,996,100	8,575,700	8,528,400
30	9,032,400	8,997,100	8,578,500	8,529,600
31	9,033,200	8,997,600	8,581,300	8,531,000
32	9,034,300	8,998,100	8,584,600	8,532,500
33	9,035,800	8,998,700	8,588,300	8,534,100
34	9,038,900	9,000,100	8,592,200	8,535,800
35	9,042,400	9,001,600	8,596,300	8,537,500
36	9,046,100	9,003,200	8,600,500	8,539,400
37	9,049,900	9,004,800	8,604,800	8,541,200
38	9,053,700	9,006,500	8,609,300	8,543,200
39	9,057,600	9,008,200	8,614,000	8,545,100
40	9,061,400	9,010,000	8,619,100	8,547,100
41	9,063,500	9,010,800	8,623,900	8,549,400
42	9,065,700	9,011,600	8,629,100	8,551,800
43	9,068,200	9,012,300	8,634,600	8,554,300
44	9,072,500	9,014,500	8,640,700	8,556,900
45	9,077,400	9,016,800	8,647,200	8,559,700
46	9,083,000	9,019,200	8,654,200	8,562,600
47	9,089,000	9,021,800	8,661,500	8,565,800
48	9,095,500	9,024,600	8,669,300	8,569,200
49	9,102,000	9,027,500	8,677,700	8,572,900
50	9,108,600	9,030,700	8,686,800	8,576,900
51	9,113,500	9,032,300	8,696,100	8,581,600
52	9,118,600	9,034,100	8,706,400	8,586,700
53	9,124,400	9,036,100	8,717,500	8,592,200
54	9,132,500	9,040,700	8,729,700	8,598,200
55	9,141,800	9,045,700	8,743,200	8,604,800
56	9,152,500	9,051,200	8,758,300	8,612,000
57	9,164,400	9,057,200	8,775,200	8,620,000
58	9,177,700	9,063,800	8,794,100	8,629,000
59	9,192,200	9,070,900	8,814,700	8,639,100
60	9,207,900	9,078,700	8,836,600	8,650,500
61	9,223,000	9,084,300	-	-
62	9,239,300	9,090,800	-	-
63	9,256,600	9,098,600	-	-

o 전기납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	3년 만기		4년 만기		5년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자	남 자	여 자
15	277,300	277,000	207,900	207,700	165,400	165,100
16	277,300	277,000	207,900	207,700	165,400	165,200
17	277,300	277,100	208,000	207,700	165,500	165,200
18	277,300	277,100	208,000	207,700	165,500	165,200
19	277,400	277,100	208,100	207,700	165,500	165,200
20	277,500	277,100	208,100	207,700	165,600	165,200
21	277,500	277,100	208,100	207,700	165,600	165,200
22	277,500	277,100	208,100	207,800	165,600	165,200
23	277,500	277,100	208,100	207,800	165,600	165,200
24	277,500	277,100	208,200	207,800	165,600	165,200
25	277,500	277,100	208,200	207,700	165,600	165,200
26	277,500	277,100	208,200	207,700	165,600	165,200
27	277,500	277,100	208,200	207,800	165,700	165,200
28	277,600	277,100	208,200	207,800	165,700	165,200
29	277,600	277,100	208,300	207,800	165,700	165,300
30	277,600	277,200	208,300	207,800	165,800	165,300
31	277,600	277,200	208,300	207,800	165,800	165,300
32	277,700	277,200	208,300	207,800	165,800	165,300
33	277,700	277,200	208,300	207,800	165,800	165,300
34	277,700	277,200	208,300	207,800	165,800	165,300
35	277,700	277,200	208,400	207,800	165,800	165,300
36	277,700	277,200	208,400	207,900	165,900	165,300
37	277,800	277,200	208,500	207,900	166,000	165,400
38	277,800	277,200	208,500	207,900	166,000	165,400
39	277,900	277,300	208,600	207,900	166,100	165,400
40	278,000	277,300	208,700	208,000	166,200	165,400
41	278,100	277,300	208,700	208,000	166,200	165,500
42	278,100	277,400	208,700	208,000	166,200	165,500
43	278,100	277,400	208,800	208,000	166,200	165,500
44	278,100	277,400	208,800	208,000	166,300	165,500
45	278,200	277,400	208,800	208,000	166,300	165,500
46	278,200	277,400	208,900	208,000	166,400	165,500
47	278,300	277,400	209,000	208,100	166,500	165,600
48	278,400	277,500	209,100	208,100	166,600	165,600
49	278,500	277,500	209,200	208,200	166,700	165,700
50	278,600	277,600	209,300	208,300	166,800	165,700
51	278,700	277,600	209,400	208,300	166,900	165,800
52	278,800	277,600	209,500	208,300	167,000	165,800
53	278,800	277,700	209,500	208,300	167,000	165,800
54	278,900	277,700	209,600	208,400	167,100	165,800
55	279,000	277,700	209,700	208,400	167,200	165,900
56	279,100	277,800	209,800	208,400	167,300	165,900
57	279,200	277,800	210,000	208,500	167,500	166,000
58	279,400	277,900	210,200	208,600	167,700	166,100
59	279,600	278,100	210,400	208,700	167,900	166,200
60	279,900	278,200	210,600	208,900	168,200	166,400
61	280,100	278,300	210,800	208,900	168,400	166,400
62	280,300	278,300	211,000	209,000	168,600	166,500
63	280,500	278,400	211,300	209,100	168,900	166,600
64	280,700	278,500	211,500	209,200	169,100	166,700
65	281,000	278,600	211,800	209,300	169,400	166,900
66	281,300	278,700	212,200	209,500	-	-
67	281,700	278,900	-	-	-	-

o 전기납 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	7년 만기		10년 만기	
	남 자	여 자	남 자	여 자
15	117,400	117,100	80,700	80,400
16	117,400	117,100	80,800	80,500
17	117,500	117,200	80,800	80,500
18	117,500	117,200	80,800	80,500
19	117,500	117,200	80,800	80,500
20	117,600	117,200	80,900	80,500
21	117,600	117,200	80,900	80,500
22	117,600	117,200	80,900	80,500
23	117,600	117,200	80,900	80,500
24	117,600	117,200	80,900	80,500
25	117,600	117,200	80,900	80,500
26	117,600	117,200	81,000	80,500
27	117,700	117,200	81,000	80,500
28	117,700	117,200	81,000	80,500
29	117,700	117,200	81,000	80,500
30	117,700	117,300	81,100	80,600
31	117,800	117,300	81,100	80,600
32	117,800	117,300	81,100	80,600
33	117,800	117,300	81,200	80,600
34	117,800	117,300	81,200	80,600
35	117,900	117,300	81,300	80,600
36	117,900	117,300	81,300	80,700
37	118,000	117,400	81,300	80,700
38	118,000	117,400	81,400	80,700
39	118,100	117,400	81,400	80,700
40	118,200	117,400	81,500	80,700
41	118,200	117,400	81,600	80,800
42	118,200	117,500	81,600	80,800
43	118,300	117,500	81,700	80,800
44	118,300	117,500	81,700	80,800
45	118,400	117,500	81,800	80,900
46	118,500	117,600	81,900	80,900
47	118,600	117,600	82,000	80,900
48	118,700	117,600	82,100	81,000
49	118,800	117,700	82,200	81,000
50	118,900	117,700	82,300	81,100
51	118,900	117,800	82,400	81,100
52	119,000	117,800	82,500	81,200
53	119,100	117,800	82,600	81,200
54	119,200	117,900	82,700	81,300
55	119,400	117,900	82,900	81,400
56	119,500	118,000	83,100	81,400
57	119,700	118,100	83,300	81,500
58	119,900	118,200	83,500	81,600
59	120,100	118,300	83,700	81,700
60	120,400	118,400	84,000	81,900
61	120,600	118,500	-	-
62	120,800	118,600	-	-
63	121,100	118,700	-	-

□ 해약환급금 예시표

o 일시납 3년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	9,713,400	9,695,100	9,697,200	9,684,100
	2년	9,713,400	10,198,100	9,697,200	10,192,500
	3년	9,713,400	10,627,300	9,697,200	10,627,300
40세	1년	9,725,800	9,704,000	9,702,900	9,688,100
	2년	9,725,800	10,202,900	9,702,900	10,194,600
	3년	9,725,800	10,627,300	9,702,900	10,627,300
50세	1년	9,745,800	9,718,200	9,712,000	9,694,400
	2년	9,745,800	10,210,400	9,712,000	10,197,900
	3년	9,745,800	10,627,300	9,712,000	10,627,300

o 일시납 4년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	9,542,900	9,495,800	9,521,700	9,479,700
	2년	9,542,900	9,987,000	9,521,700	9,976,200
	3년	9,542,900	10,406,400	9,521,700	10,400,800
	4년	9,542,900	10,845,000	9,521,700	10,845,000
40세	1년	9,559,600	9,509,300	9,529,300	9,485,700
	2년	9,559,600	9,996,600	9,529,300	9,980,300
	3년	9,559,600	10,411,400	9,529,300	10,402,900
	4년	9,559,600	10,845,000	9,529,300	10,845,000
50세	1년	9,586,400	9,530,700	9,541,300	9,495,100
	2년	9,586,400	10,011,800	9,541,300	9,986,800
	3년	9,586,400	10,419,500	9,541,300	10,406,300
	4년	9,586,400	10,845,000	9,541,300	10,845,000

o 일시납 5년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	9,366,000	9,300,900	9,340,100	9,279,800
	2년	9,366,000	9,780,700	9,340,100	9,764,600
	3년	9,366,000	10,190,300	9,340,100	10,179,300
	4년	9,366,000	10,618,800	9,340,100	10,613,200
	5년	9,366,000	11,067,100	9,340,100	11,067,100
40세	1년	9,387,000	9,318,900	9,349,500	9,287,700
	2년	9,387,000	9,795,000	9,349,500	9,770,800
	3년	9,387,000	10,200,200	9,349,500	10,183,500
	4년	9,387,000	10,623,900	9,349,500	10,615,400
	5년	9,387,000	11,067,100	9,349,500	11,067,100
50세	1년	9,420,700	9,347,500	9,364,400	9,300,100
	2년	9,420,700	9,817,800	9,364,400	9,780,500
	3년	9,420,700	10,216,400	9,364,400	10,190,300
	4년	9,420,700	10,632,600	9,364,400	10,618,900
	5년	9,420,700	11,067,100	9,364,400	11,067,100

o 일시납 7년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	9,032,400	8,924,600	8,997,100	8,893,800
	2년	9,032,400	9,382,200	8,997,100	9,356,000
	3년	9,032,400	9,773,200	8,997,100	9,751,600
	4년	9,032,400	10,182,200	8,997,100	10,165,500
	5년	9,032,400	10,610,000	8,997,100	10,598,500
	6년	9,032,400	11,057,400	8,997,100	11,051,500
	7년	9,032,400	11,525,400	8,997,100	11,525,400
40세	1년	9,061,400	8,950,900	9,010,000	8,905,300
	2년	9,061,400	9,405,300	9,010,000	9,366,000
	3년	9,061,400	9,792,300	9,010,000	9,759,900
	4년	9,061,400	10,197,000	9,010,000	10,171,900
	5년	9,061,400	10,620,200	9,010,000	10,602,900
	6년	9,061,400	11,062,700	9,010,000	11,053,700
	7년	9,061,400	11,525,400	9,010,000	11,525,400
50세	1년	9,108,600	8,993,900	9,030,700	8,923,800
	2년	9,108,600	9,443,200	9,030,700	9,382,000
	3년	9,108,600	9,824,400	9,030,700	9,773,200
	4년	9,108,600	10,222,500	9,030,700	10,182,400
	5년	9,108,600	10,638,100	9,030,700	10,610,200
	6년	9,108,600	11,072,100	9,030,700	11,057,600
	7년	9,108,600	11,525,400	9,030,700	11,525,400

o 일시납 10년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	8,578,500	8,392,100	8,529,600	8,347,000
	2년	8,578,500	8,818,500	8,529,600	8,777,400
	3년	8,578,500	9,183,000	8,529,600	9,145,900
	4년	8,578,500	9,564,200	8,529,600	9,531,400
	5년	8,578,500	9,963,100	8,529,600	9,934,800
	6년	8,578,500	10,380,300	8,529,600	10,356,800
	7년	8,578,500	10,816,500	8,529,600	10,798,100
	8년	8,578,500	11,272,600	8,529,600	11,259,900
	9년	8,578,500	11,749,700	8,529,600	11,743,000
	10년	8,578,500	12,248,300	8,529,600	12,248,300
40세	1년	8,619,100	8,430,500	8,547,100	8,363,400
	2년	8,619,100	8,854,200	8,547,100	8,792,400
	3년	8,619,100	9,215,400	8,547,100	9,159,500
	4년	8,619,100	9,593,000	8,547,100	9,543,400
	5년	8,619,100	9,988,000	8,547,100	9,945,100
	6년	8,619,100	10,401,000	8,547,100	10,365,200
	7년	8,619,100	10,832,800	8,547,100	10,804,600
	8년	8,619,100	11,284,100	8,547,100	11,264,300
	9년	8,619,100	11,755,700	8,547,100	11,745,300
	10년	8,619,100	12,248,300	8,547,100	12,248,300
50세	1년	8,686,800	8,495,000	8,576,900	8,391,400
	2년	8,686,800	8,914,900	8,576,900	8,818,400
	3년	8,686,800	9,271,600	8,576,900	9,183,300
	4년	8,686,800	9,644,000	8,576,900	9,564,800

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
	5년	8,686,800	10,032,800	8,576,900	9,963,800
	6년	8,686,800	10,439,000	8,576,900	10,381,100
	7년	8,686,800	10,863,100	8,576,900	10,817,200
	8년	8,686,800	11,305,700	8,576,900	11,273,300
	9년	8,686,800	11,767,400	8,576,900	11,750,100
	10년	8,686,800	12,248,300	8,576,900	12,248,300

o 전기납 3년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	3,331,200	3,201,300	3,326,400	3,201,400
	2년	6,662,400	6,691,800	6,652,800	6,691,900
	3년	9,993,600	10,323,200	9,979,200	10,323,200
40세	1년	3,336,000	3,201,800	3,327,600	3,201,500
	2년	6,672,000	6,692,300	6,655,200	6,692,000
	3년	10,008,000	10,323,200	9,982,800	10,323,200
50세	1년	3,343,200	3,202,300	3,331,200	3,201,600
	2년	6,686,400	6,692,800	6,662,400	6,692,100
	3년	10,029,600	10,323,200	9,993,600	10,323,200

o 전기납 4년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	2,499,600	2,322,600	2,493,600	2,322,700
	2년	4,999,200	4,915,900	4,987,200	4,916,000
	3년	7,498,800	7,613,500	7,480,800	7,613,600
	4년	9,998,400	10,433,700	9,974,400	10,433,700
40세	1년	2,504,400	2,323,200	2,496,000	2,322,800
	2년	5,008,800	4,916,700	4,992,000	4,916,200
	3년	7,513,200	7,614,100	7,488,000	7,613,700
	4년	10,017,600	10,433,700	9,984,000	10,433,700
50세	1년	2,511,600	2,324,000	2,499,600	2,323,000
	2년	5,023,200	4,917,800	4,999,200	4,916,400
	3년	7,534,800	7,614,900	7,498,800	7,613,900
	4년	10,046,400	10,433,700	9,998,400	10,433,700

o 전기납 5년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	1,989,600	1,788,500	1,983,600	1,788,600
	2년	3,979,200	3,842,000	3,967,200	3,842,100
	3년	5,968,800	5,977,800	5,950,800	5,977,900
	4년	7,958,400	8,210,500	7,934,400	8,210,500
	5년	9,948,000	10,544,300	9,918,000	10,544,300
40세	1년	1,994,400	1,789,300	1,984,800	1,788,800
	2년	3,988,800	3,843,000	3,969,600	3,842,300
	3년	5,983,200	5,978,800	5,954,400	5,978,100
	4년	7,977,600	8,211,100	7,939,200	8,210,700
	5년	9,972,000	10,544,300	9,924,000	10,544,300
50세	1년	2,001,600	1,790,300	1,988,400	1,789,000
	2년	4,003,200	3,844,600	3,976,800	3,842,600
	3년	6,004,800	5,980,400	5,965,200	5,978,500
	4년	8,006,400	8,212,200	7,953,600	8,210,900
	5년	10,008,000	10,544,300	9,942,000	10,544,300

o 전기납 7년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	1,412,400	1,186,100	1,407,600	1,186,200
	2년	2,824,800	2,630,900	2,815,200	2,630,900
	3년	4,237,200	4,133,200	4,222,800	4,133,000
	4년	5,649,600	5,702,700	5,630,400	5,702,500
	5년	7,062,000	7,342,600	7,038,000	7,342,300
	6년	8,474,400	9,019,400	8,445,600	9,019,200
	7년	9,886,800	10,773,200	9,853,200	10,773,200
40세	1년	1,418,400	1,187,100	1,408,800	1,186,400
	2년	2,836,800	2,632,300	2,817,600	2,631,300
	3년	4,255,200	4,134,600	4,226,400	4,133,400
	4년	5,673,600	5,703,900	5,635,200	5,702,800
	5년	7,092,000	7,343,500	7,044,000	7,342,600
	6년	8,510,400	9,019,900	8,452,800	9,019,300
	7년	9,928,800	10,773,200	9,861,600	10,773,200
50세	1년	1,426,800	1,188,500	1,412,400	1,186,700
	2년	2,853,600	2,634,800	2,824,800	2,631,900
	3년	4,280,400	4,137,600	4,237,200	4,134,100
	4년	5,707,200	5,707,000	5,649,600	5,703,600
	5년	7,134,000	7,346,000	7,062,000	7,343,300
	6년	8,560,800	9,021,400	8,474,400	9,019,700
	7년	9,987,600	10,773,200	9,886,800	10,773,200

o 전기납 10년 만기 (보험가입금액 1,000만원 기준, 단위 : 원)

가입 나이	경과 기간	남 자		여 자	
		납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
30세	1년	973,200	727,300	967,200	727,200
	2년	1,946,400	1,719,700	1,934,400	1,719,300
	3년	2,919,600	2,750,800	2,901,600	2,750,000
	4년	3,892,800	3,827,200	3,868,800	3,826,100
	5년	4,866,000	4,951,000	4,836,000	4,949,600
	6년	5,839,200	6,081,500	5,803,200	6,080,000
	7년	6,812,400	7,263,700	6,770,400	7,262,200
	8년	7,785,600	8,500,100	7,737,600	8,498,800
	9년	8,758,800	9,793,000	8,704,800	9,792,200
	10년	9,732,000	11,144,800	9,672,000	11,144,800
40세	1년	978,000	728,500	968,400	727,500
	2년	1,956,000	1,721,600	1,936,800	1,719,700
	3년	2,934,000	2,753,000	2,905,200	2,750,600
	4년	3,912,000	3,829,500	3,873,600	3,826,700
	5년	4,890,000	4,953,200	4,842,000	4,950,100
	6년	5,868,000	6,083,700	5,810,400	6,080,500
	7년	6,846,000	7,265,700	6,778,800	7,262,600
	8년	7,824,000	8,501,800	7,747,200	8,499,100
	9년	8,802,000	9,794,000	8,715,600	9,792,300
	10년	9,780,000	11,144,800	9,684,000	11,144,800
50세	1년	987,600	730,700	973,200	728,100
	2년	1,975,200	1,725,600	1,946,400	1,720,900
	3년	2,962,800	2,758,300	2,919,600	2,752,100
	4년	3,950,400	3,835,600	3,892,800	3,828,600
	5년	4,938,000	4,959,700	4,866,000	4,952,300
	6년	5,925,600	6,090,100	5,839,200	6,082,700
	7년	6,913,200	7,271,700	6,812,400	7,264,800
	8년	7,900,800	8,506,700	7,785,600	8,500,900
	9년	8,888,400	9,797,000	8,758,800	9,793,400
	10년	9,876,000	11,144,800	9,732,000	11,144,800

주) 1. 위 표의 해약환급금은 환급금대출이율이 5.6%인 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 상기 금액도 달라짐
2. 중도해약의 경우 1년미만은 “환급금대출이율-3%”, 2년미만은 “환급금대출이율-2%”를 적용
3. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저보증

◆ 무배당 장기주택마련저축보험

□ 가입요건

가입대상	만18세 이상의 거주자로서 주택을 소유하지 아니한 세대의 세대주 또는 가입 당시 소득세법 제99조 제1항의 규정에 따른 주택의 기준시가가 5천만원 이하인 주택 또는 국민주택규모[전용면적85m^2(25.7평)*]이하로서 기준시가 3억원 이하인 주택(다가구주택인 경우는 가구당 전용면적 기준)을 한 채만 소유한 대통령령으로 정하는 세대의 세대주 (청약시 가입요건 확인을 위한 "확인각서" 제출) * 수도권(서울, 인천, 경기도)을 제외한 도시지역이 아닌 읍, 면 지역의 경우 국민주택규모는 100제곱미터임
보험기간	7 년
납입주기	월 납
납입기간	전기납
납입한도	매월 10만원 ~ 40만원 (1만원 단위 정액) ※ 단, 전 금융기관 합계 매분기 300만원 이내
적립부분 금리적용	"환급금대출이율-0.5%"를 연복리로 적립 (2010.11월 현재 **5.1%**) 최저보증이율 2.5%

□ 보장내용

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	만기생존시	적립금액
장해급부금	동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50% 이상 장해시	월납 보험료의 100배

주) 1. 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급하며, 이 계약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니함. 다만, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료 지급
2. "적립금액"이란 적립부분 순보험료(보험료에서 보장부분 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 "환급금대출이율-0.5%"(최저보증이율 2.5%)로 보험료 납입일로부터 부리 적립한 금액으로 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 달라짐.
3. 월납 보험료를 감액한 경우의 장해급부금은 감액한 이후의 월납 보험료 100배를 장해급부금으로 지급

□ 해약환급금 예시표

o 월납 (단위 : 원)

경과 기간	100,000		200,000	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	1,166,270	2,400,000	2,332,540
2년	2,400,000	2,444,060	4,800,000	4,888,130
3년	3,600,000	3,786,510	7,200,000	7,573,030
4년	4,800,000	5,196,910	9,600,000	10,393,830
5년	6,000,000	6,678,740	12,000,000	13,357,490
6년	7,200,000	8,225,630	14,400,000	16,451,260
7년	8,400,000	9,851,410	16,800,000	19,702,820

경과 기간	300,000		400,000	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600,000	3,498,810	4,800,000	4,665,090
2년	7,200,000	7,332,190	9,600,000	9,776,260
3년	10,800,000	11,359,540	14,400,000	15,146,060
4년	14,400,000	15,590,750	19,200,000	20,787,670
5년	18,000,000	20,036,230	24,000,000	26,714,980
6년	21,600,000	24,676,900	28,800,000	32,902,530
7년	25,200,000	29,554,240	33,600,000	39,405,650

주) 1. 위 해약환급금은 5.1%(환급금대출이율 5.6%-0.5%)의 적립이율을 적용한 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 위 금액도 달라짐.
2. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5% 최저 보증
3. 계약해지 시점에 미경과 선납보험료가 있는 경우 이를 위 금액에 가산

◆ 무배당 알찬전환특약

□ 가입요건

보험기간	가입나이	납입기간	일시납보험료
2년 만기 3년 만기 4년 만기 5년 만기 7년 만기	0세 이상	일시납	만기보험금과 배당금 합계액

o 가입신청일 : 전환전계약의 만기일 1개월전 ~ 만기일 전일

o 가입가능계약

에버리치복지보험(일반형), 무배당 에버리치복지보험(일반형), 복지보험, 알뜰적립보험, 파워적립보험, 무배당 파워적립보험, 무배당 빅보너스저축보험 및 무배당 그린보너스저축보험(일반형) 중 유효계약으로 무배당 알찬전환특약을 신청한 계약

□ 보장내용

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
만기보험금	만기생존시	적립금액
장해급부금	재해로 장해시	일시납보험료 × 해당 장해지급률

주) 1. 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 책임준비금을 지급함. 단, 사망시 지급금액이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료 지급
2. 적립금액 : 적립부분의 순보험료를 보험료 납입일로부터 "환급금대출이율-1%" 이율로 계산하여 적립한 금액으로, 향후 환급금대출이율이 변경되면 적립금액도 변경
3. 일시납보험료 : 전환전계약의 만기보험금과 배당금의 합계액
4. 피보험자 사망시 이 특약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니함
5. 중도해약시 적립이자율 : 1년미만 해약시는 "환급금대출이율-3%", 2년미만 해약시는 "환급금대출이율-2%"를 적용
6. 상기 적립금액 계산에 적용되는 적립이율 및 중도해약시 적립이율에 대하여 2.5%를 최저보증

□ 해약환급금 예시표

(일시납보험료 1,000만원 기준, 단위 : 원)

경과기간	2년 만기	3년 만기	4년 만기	5년 만기	7년 만기
1년	10,205,400	10,205,400	10,205,400	10,205,400	10,205,400
2년	10,726,800	10,726,800	10,726,800	10,726,800	10,726,800
3년	-	11,169,000	11,169,000	11,169,000	11,169,000
4년	-	-	11,631,600	11,631,600	11,631,600
5년	-	-	-	12,115,400	12,115,400
6년					12,621,400
7년					13,150,800

주) 1. 위 표의 해약환급금은 환급금대출이율이 5.6%인 경우로서 향후 환급금대출이율 변동시에는 상기 금액도 달라짐
2. 중도해약의 경우 1년미만은 "환급금대출이율-3%", 2년미만은 "환급금대출이율-2%"를 적용 (2년 이상의 경우 "환급금대출이율 -1%" 적용)
3. 해약환급금 계산에 적용되는 적립이율에 대하여 2.5%를 최저보증

[별표 3-2] 보험종류별 가입요건, 보험료 및 해약환급금

[판매예정 상품]

< 주계약 >

◆ 우체국학자금보험

■ 가입요건

보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
21세만기	주보험대상자(주피보험자) : 0~10세 종보험대상자(종피보험자) : 20~50세	일시납 5·10년납, 전기납	일시납 월 납

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 종피보험자 남자 30세, 21세만기, 단위 : 원)

성 별	가입나이	일시납	5년납	10년납	전기납
남 자	0세	5,923,600	111,100	61,200	35,700
	5세	6,928,300	129,900	71,500	50,000
	10세	7,723,300	144,800	79,700	73,900
여 자	0세	5,891,400	110,500	60,800	35,500
	5세	6,901,600	129,400	71,200	49,800
	10세	7,700,900	144,400	79,500	73,600

주) 가입나이 : 주피보험자

■ 해약환급금 예시

o 남자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 주피보험자 0세, 종피보험자 남자 30세, 21세만기, 단위 : 원)

경과기간	일시납		전기납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	5,923,600	5,895,800	428,400	193,400
3년	5,923,600	6,286,200	1,285,200	1,047,500
5년	5,923,600	6,724,700	2,142,000	1,980,000
7년	5,923,600	7,197,700	2,998,800	2,899,400
10년	5,923,600	7,980,200	4,284,000	4,418,600
20년	5,923,600	3,968,200	8,568,000	3,575,800
21년	5,923,600	2,000,000	8,996,400	2,000,000

주) 1. 위 경과기간별 해약환급금에는 해당 경과년도의 학자금을 포함하고 있음

2. 전기납 : 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자) 동시생존시의 해약환급금임

o 여자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 주피보험자 0세, 종피보험자 남자 30세, 21세만기, 단위 : 원)

경과기간	일시납		전기납	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	5,891,400	5,866,300	426,000	194,900
3년	5,891,400	6,259,400	1,278,000	1,049,200
5년	5,891,400	6,699,100	2,130,000	1,980,300
7년	5,891,400	7,173,800	2,982,000	2,898,900
10년	5,891,400	7,959,300	4,260,000	4,416,700
20년	5,891,400	3,963,600	8,520,000	3,572,800
21년	5,891,400	2,000,000	8,946,000	2,000,000

주) 1. 위 경과기간별 해약환급금에는 해당 경과년도의 학자금을 포함하고 있음
2. 전기납 : 주보험대상자(주피보험자) 및 종보험대상자(종피보험자) 동시생존시의 해약환급금임

◆ 우체국바로받는연금보험

■ 가입요건

보험기간	연금개시나이	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
종 신	가입후 1개월 경과 후부터	55~85세	일시납	일시납

■ 납입보험료의 한도 : 1억원

■ 해약환급금 : 없음

◆ 우체국교통상해보험

■ 가입요건

보험세목	보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
순수보장형 만기환급형	10년만기 20년만기	만15~70세	5년납 10년납	월 납

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 단위 : 원)

성 별	보험기간	순수보장형		만기환급형	
		5년납	10년납	5년납	10년납
남 자	10년만기	11,000	6,400	44,900	37,800
	20년만기	16,500	9,500	33,600	21,400
여 자	10년만기	8,100	4,800	33,100	28,500
	20년만기	11,700	6,800	23,800	15,400

■ 해약환급금 예시

o 남자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	76,800	0	453,600	299,900
3년	230,400	0	1,360,800	1,140,200
5년	384,000	0	2,268,000	2,046,200
7년	537,600	0	3,175,200	2,983,500
10년	768,000	0	4,536,000	4,536,000

o 여자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	57,600	0	342,000	207,900
3년	172,800	0	1,026,000	851,400
5년	288,000	0	1,710,000	1,544,400
7년	403,200	0	2,394,000	2,250,700
10년	576,000	0	3,420,000	3,420,000

◆ 우체국실버보험

■ 가입요건

보험세목	보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
순수보장형	80세만기	40~70세	5,10,15,20년납	월납
만기환급형				

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입나이	순수보장형				만기환급형			
		5년납	10년납	15년납	20년납	5년납	10년납	15년납	20년납
남 자	40세	60,000	33,100	24,400	20,200	69,500	38,900	29,000	24,400
	50세	72,400	40,400	30,100	25,300	89,300	51,100	39,100	34,000
	60세	82,200	47,100	36,400	32,000	115,500	70,100	58,400	57,000
	70세	78,600	49,000	-	-	164,800	139,800	-	-
여 자	40세	45,200	24,800	18,200	14,900	56,900	32,000	24,000	20,200
	50세	53,000	29,200	21,500	17,800	74,200	42,600	32,700	28,400
	60세	57,500	32,100	24,100	20,400	98,800	60,000	50,000	49,100
	70세	50,200	29,400	-	-	148,200	129,200	-	-

■ 해약환급금 예시

o 남자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	242,400	99,800	292,800	63,100
3년	727,200	501,300	878,400	596,500
5년	1,212,000	914,500	1,464,000	1,149,600
10년	2,424,000	1,915,700	2,928,000	2,441,900
15년	3,636,000	3,020,600	4,392,000	3,914,200
20년	4,848,000	4,236,600	5,856,000	5,606,700
40년	4,848,000	0	5,856,000	5,856,000

o 여자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	178,800	44,300	242,400	20,100
3년	536,400	337,300	727,200	471,800
5년	894,000	640,900	1,212,000	944,000
10년	1,788,000	1,353,300	2,424,000	2,027,700
15년	2,682,000	2,127,200	3,636,000	3,258,700
20년	3,576,000	2,963,900	4,848,000	4,662,300
40년	3,576,000	0	4,848,000	4,848,000

◆ 우체국간병보험

■ 가입요건

보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
종 신	40~70세	5,10,15,20년납	월납

주) 66세 이상 가입자의 경우 5년납, 10년납, 15년납에 한함

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	5년납	10년납	15년납	20년납
남 자	40세	193,500	107,100	78,800	64,900
	50세	275,700	152,700	112,600	93,200
	60세	394,900	221,000	165,600	141,100
	70세	573,200	338,300	274,500	257,500
여 자	40세	212,400	117,500	86,300	71,100
	50세	303,500	168,000	123,800	102,700
	60세	435,400	244,200	183,900	157,800
	70세	630,100	377,500	312,100	296,800

■ 해약환급금 예시

o 남자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	778,800	649,500
3년	2,336,400	2,130,500
5년	3,894,000	3,828,800
10년	7,788,000	8,445,100
15년	11,682,000	13,993,700
20년	15,576,000	20,634,400
40년	15,576,000	39,248,100

o 여자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	853,200	623,100
3년	2,559,600	2,360,300
5년	4,266,000	4,227,300
10년	8,532,000	9,325,000
15년	12,798,000	15,446,100
20년	17,064,000	22,752,200
40년	17,064,000	41,557,800

◆ 우체국여성건강보험

■ 가입요건

보험세목	보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
순수보장형	60세만기 70세만기 80세만기	만15~60세	10년납 20년납	월납
만기환급형				

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 80세만기, 단위 : 원)

가입 나이	순수보장형		만기환급형	
	10년납	20년납	10년납	20년납
20세	34,700	21,700	39,400	25,100
30세	39,500	24,800	47,100	30,600
40세	43,300	27,300	56,600	38,000
50세	45,200	28,600	69,500	49,800
60세	42,800	27,000	92,600	78,100

■ 해약환급금 예시

o 순수보장형 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	327,600	104,600
3년	982,800	510,000
5년	1,638,000	918,200
10년	3,276,000	1,868,900
15년	4,914,000	2,918,800
20년	6,552,000	4,114,100
40년	6,552,000	0

o 만기환급형 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	456,000	145,700
3년	1,368,000	846,300
5년	2,280,000	1,569,800
10년	4,560,000	3,307,400
15년	6,840,000	5,311,000
20년	9,120,000	7,668,400
40년	9,120,000	9,120,000

◆ 우체국남성건강보험

■ 가입요건

보험세목	보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
순수보장형	60세만기 70세만기 80세만기	만15~60세	10년납 20년납	월납
만기환급형				

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 80세만기, 단위 : 원)

가입 나이	순수보장형		만기환급형	
	10년납	20년납	10년납	20년납
20세	34,400	21,800	37,800	24,300
30세	42,900	27,400	48,800	32,000
40세	55,800	36,400	67,600	46,500
50세	71,700	48,400	100,000	76,800
60세	82,200	55,900	164,300	166,900

■ 해약환급금 예시

o 순수보장형 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	436,800	241,300
3년	1,310,400	936,900
5년	2,184,000	1,654,400
10년	4,368,000	3,440,000
15년	6,552,000	5,310,900
20년	8,736,000	7,177,700
40년	8,736,000	0

o 만기환급형 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	558,000	274,400
3년	1,674,000	1,250,400
5년	2,790,000	2,267,300
10년	5,580,000	4,795,100
15년	8,370,000	7,566,400
20년	11,160,000	10,535,400
40년	11,160,000	11,160,000

◆ 우체국누구나OK보험

■ 가입요건

보험세목	보험기간	보험료 납입기간	가입나이		보험료 납입방법
			남자	여자	
1형 (정기형)	10년만기	5년납	50세~80세	50세~80세	월납
		전기납	50세~75세	50세~80세	
	15년만기	5년납	50세~75세	50세~80세	
		10년납	50세~70세	50세~75세	
		전기납	50세~65세	50세~70세	
2형 (종신형)	종신	5년납	50세~75세	50세~80세	월납
		10년납	50세~62세	50세~72세	
		15년납	50세~55세	50세~65세	

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	1형(정기형) - 10년만기		2형(종신형)		
		5년납	10년납	5년납	10년납	15년납
남 자	50세	37,300	21,200	106,600	61,400	47,400
	60세	58,800	35,000	127,800	76,400	-
	70세	96,000	61,600	152,200	-	-
	80세	155,100	-	-	-	-
여 자	50세	13,500	7,100	76,300	42,200	31,100
	60세	23,300	12,800	99,200	55,800	42,100
	70세	53,400	31,300	128,300	75,900	-
	80세	117,900	79,000	162,800	-	-

■ 해약환급금 예시

o 남자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 60세, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	1형(정기형) - 10년만기		2형(종신형)	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	420,000	269,000	916,800	726,300
3년	1,260,000	703,100	2,750,400	2,178,900
5년	2,100,000	730,500	4,584,000	3,449,100
10년	4,200,000	0	9,168,000	7,261,500
15년	-	-	9,168,000	7,742,200
20년	-	-	9,168,000	8,203,500
40년	-	-	9,168,000	9,589,100

o 여자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 60세, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	1형(정기형) - 10년만기		2형(종신형)	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	153,600	41,400	669,600	515,400
3년	460,800	224,600	2,008,800	1,719,800
5년	768,000	268,900	3,348,000	2,913,000
10년	1,536,000	0	6,696,000	6,246,400
15년	-	-	6,696,000	6,973,400
20년	-	-	6,696,000	7,654,300
40년	-	-	6,696,000	9,467,100

◆ 우체국직장인보장보험

■ 가입요건

보험세목	보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
순수보장형	5년만기 10년만기	만15세~70세	전기납	월 납
만기환급형				

■ 보험료 예시 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 전기납, 단위 : 원)

성 별	보험기간	순수보장형	만기환급형
남 자	5년만기	2,500	49,000
	10년만기	2,000	14,000
여 자	5년만기	1,500	30,300
	10년만기	1,100	7,400

■ 해약환급금 예시

o 남자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	24,000	0	168,000	137,300
3년	72,000	0	504,000	434,100
5년	120,000	0	840,000	755,500
7년	168,000	0	1,176,000	1,103,400
10년	240,000	0	1,680,000	1,680,000

o 여자 (기준 : 보험가입금액 1,000만원, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	13,200	0	88,800	31,300
3년	39,600	0	266,400	208,600
5년	66,000	0	444,000	398,900
7년	92,400	0	621,600	583,100
10년	132,000	0	888,000	888,000

◆ 우체국자유저축보험

■ 가입요건

보험기간(A)	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
3년만기 5년만기 10년만기	만15~(80-A)세	일시납 전기납	일시납 월 납

■ 보험료 예시

구분	일시납	월납		
		3년만기	5년만기	10년만기
기본보험료	100~4,000만원	10~100만원	10~60만원	10~30만원
추가납입보험료	-	해당월의 기본보험료가 납입된 경우에 한하여 추가납입보험료의 납입이 가능하며, 기본보험료와 추가납입보험료 월납 합계액이 기본보험료 월납 납입보험료 한도 최고액을 초과할 수 없으며, 연간 총 추가납입보험료의 합계는 연간 총 기본보험료의 200%를 초과할 수 없습니다.		

주) 1. 월납의 경우 55세이상은 최저기본보험료를 20만원으로 함
2. 일시납은 100만원 단위 / 월납은 1만원 단위로 가입

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 기본보험료 1,000만원, 5년만기, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	10,243,200
2년	10,000,000	10,816,810
3년	10,000,000	11,422,560
4년	10,000,000	12,062,220
5년	10,000,000	12,737,700

주) 적립이율 : 5.6% (환급금대출이율 6.6% - 1%)

o 전기납 (기준 : 기본보험료 10만원, 5년만기, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	1,156,260
2년	2,400,000	2,439,950
3년	3,600,000	3,794,870
4년	4,800,000	5,224,990
5년	6,000,000	6,734,520

주) 적립이율 : 5.6% (환급금대출이율 6.6% - 1%)

◆ 우체국직장인저축보험

■ 가입요건

보험기간(A)	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입방법
3년만기 5년만기	만15~(65-A)세	일시납	일시납

■ 보험료 예시

o 100~4,000만원 (100만원 단위)

■ 해약환급금 예시 (기준 : 납입보험료 1,000만원, 5년만기, 일시납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	10,429,600
2년	10,000,000	10,989,000
3년	10,000,000	11,579,600
4년	10,000,000	12,203,300
5년	10,000,000	12,862,000

주) 적립이율 : 5.6% (환급금대출이율 6.6% - 1%)

◆ 무배당 우체국주가지수저축보험

■ 가입요건

보험종류	보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입주기
예치형	10년만기	만15~60세	일시납	일시납
적립형			전기납	월 납

■ 납입보험료의 한도

예치형	적립형
일시납 보험료 100만원 ~ 4,000만원 (100만원 단위)	월납 보험료 10만원 ~ 30만원 (1만원 단위)

■ 해약환급금 예시표

o 예치형 (기준 : 일시납보험료 1,000만원, 10년만기, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	9,806,440
3년	10,000,000	10,021,590
5년	10,000,000	10,243,240
7년	10,000,000	10,670,920
10년	10,000,000	11,366,730

주) 주가지수연동이율 0.0%, 공시이율 2.5% 기준

o 적립형 (기준 : 월보험료 10만원, 10년만기, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	968,230
3년	3,600,000	3,529,420
5년	6,000,000	6,413,490
7년	8,400,000	9,761,200
10년	12,000,000	14,970,390

주) 주가지수연동이율 5.0%, 공시이율 5.0% 기준

◆ 무배당 우체국채권연계저축보험

■ 가입요건

보험기간	가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입주기
5, 10년만기	만15~60세	일시납	일시납

■ 납입보험료의 한도 : 100만원 ~ 4,000만원 (100만원 단위)

■ 해약환급금

o 5년만기 (기준 : 일시납보험료 1,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	9,273,300
3년	10,000,000	10,537,080
5년	10,000,000	11,980,110

주) 적립이율 : 계약일 4.5%, 해지일 6.5% 기준

o 10년만기 (기준 : 일시납보험료 1,000만원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	10,000,000	8,202,250
3년	10,000,000	9,407,300
5년	10,000,000	10,796,440
7년	10,000,000	12,398,150
10년	10,000,000	15,272,670

주) 적립이율 : 계약일 5.0%, 해지일 7.0% 기준

< 특 약 >

1. 사망관련특약

◆ 사망보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	992,300	7,500	1,039,900	8,100
	30세	1,387,900	10,500	1,489,500	12,000
	40세	1,937,300	14,900	2,157,300	18,300
	50세	2,578,100	20,700	3,051,600	29,500
	60세	3,151,100	28,100	4,180,800	59,600
여 자	20세	454,000	3,400	490,100	3,900
	30세	627,500	4,700	704,500	5,900
	40세	870,600	6,600	1,039,600	9,300
	50세	1,159,800	8,900	1,532,700	16,000
	60세	1,447,500	11,600	2,293,000	39,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,937,300	1,908,500	2,157,300	2,126,100
3년	1,937,300	2,036,200	2,157,300	2,272,500
5년	1,937,300	2,162,800	2,157,300	2,419,700
10년	1,937,300	2,485,200	2,157,300	2,803,200
15년	1,937,300	2,802,300	2,157,300	3,200,000
20년	1,937,300	3,081,600	2,157,300	3,586,400
40년	1,937,300	0	2,157,300	2,157,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	178,800	59,200	219,600	74,200
3년	536,400	354,900	658,800	446,700
5년	894,000	659,300	1,098,000	834,000
10년	1,788,000	1,385,800	2,196,000	1,778,400
15년	2,682,000	2,193,600	3,294,000	2,862,200
20년	3,576,000	3,081,600	4,392,000	4,109,200
40년	3,576,000	0	4,392,000	4,392,000

◆ 유족연금특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	837,000	6,300	877,200	6,900
	30세	1,170,800	8,800	1,256,400	10,100
	40세	1,634,200	12,600	1,819,700	15,500
	50세	2,174,700	17,500	2,574,100	24,900
	60세	2,658,100	23,700	3,526,600	50,300
여 자	20세	383,000	2,900	413,400	3,300
	30세	529,300	4,000	594,200	4,900
	40세	734,400	5,500	877,000	7,900
	50세	978,300	7,500	1,292,900	13,500
	60세	1,221,000	9,800	1,934,300	33,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,634,200	1,609,900	1,819,700	1,793,500
3년	1,634,200	1,717,600	1,819,700	1,917,000
5년	1,634,200	1,824,400	1,819,700	2,041,100
10년	1,634,200	2,096,300	1,819,700	2,364,600
15년	1,634,200	2,363,900	1,819,700	2,699,300
20년	1,634,200	2,599,400	1,819,700	3,025,200
40년	1,634,200	0	1,819,700	1,819,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	151,200	49,700	186,000	63,800
3년	453,600	299,300	558,000	378,300
5년	756,000	556,200	930,000	705,300
10년	1,512,000	1,168,900	1,860,000	1,502,400
15년	2,268,000	1,850,400	2,790,000	2,417,200
20년	3,024,000	2,599,400	3,720,000	3,469,800
40년	3,024,000	0	3,720,000	3,720,000

◆ 재해사망보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	162,900	1,200	170,700	1,300
	30세	183,200	1,400	196,600	1,600
	40세	219,800	1,700	244,800	2,100
	50세	253,500	2,000	300,100	2,900
	60세	255,200	2,300	338,600	4,800
여 자	20세	52,900	400	57,100	500
	30세	59,000	400	66,300	600
	40세	75,200	600	89,800	800
	50세	87,000	700	115,000	1,200
	60세	89,300	700	141,500	2,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	219,800	212,200	244,800	236,900
3년	219,800	219,600	244,800	246,400
5년	219,800	227,800	244,800	257,000
10년	219,800	240,900	244,800	276,900
15년	219,800	247,000	244,800	292,200
20년	219,800	242,400	244,800	299,700
40년	219,800	0	244,800	244,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	20,400	2,300	25,200	4,500
3년	61,200	28,800	75,600	39,800
5년	102,000	57,200	126,000	77,700
10년	204,000	116,100	252,000	161,500
15년	306,000	178,000	378,000	254,900
20년	408,000	242,400	504,000	360,400
40년	408,000	0	504,000	504,000

◆ 휴일재해사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	52,700	400	55,200	400
	30세	59,200	400	63,600	500
	40세	71,100	500	79,100	700
	50세	82,000	700	97,000	900
	60세	82,500	700	109,500	1,600
여 자	20세	17,100	100	18,400	100
	30세	19,100	100	21,400	200
	40세	24,300	200	29,000	300
	50세	28,100	200	37,200	400
	60세	28,900	200	45,700	800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	71,100	68,600	79,100	76,600
3년	71,100	71,000	79,100	79,700
5년	71,100	73,600	79,100	83,100
10년	71,100	77,900	79,100	89,500
15년	71,100	79,900	79,100	94,400
20년	71,100	78,400	79,100	96,900
40년	71,100	0	79,100	79,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,000	1,000	8,400	1,800
3년	18,000	9,400	25,200	13,300
5년	30,000	18,500	42,000	25,700
10년	60,000	37,500	84,000	53,000
15년	90,000	57,500	126,000	83,300
20년	120,000	78,400	168,000	117,700
40년	120,000	0	168,000	168,000

◆ 교통재해사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	82,300	600	86,200	700
	30세	87,100	700	93,400	700
	40세	101,000	800	112,400	1,000
	50세	110,000	900	130,200	1,300
	60세	87,800	800	116,400	1,700
여 자	20세	29,700	200	32,100	300
	30세	34,800	300	39,100	300
	40세	45,400	300	54,200	500
	50세	51,200	400	67,600	700
	60세	48,100	400	76,200	1,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	101,000	97,300	112,400	108,700
3년	101,000	100,400	112,400	112,700
5년	101,000	103,800	112,400	117,200
10년	101,000	104,500	112,400	121,000
15년	101,000	101,000	112,400	121,700
20년	101,000	83,400	112,400	109,700
40년	101,000	0	112,400	112,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,600	900	12,000	2,600
3년	28,800	12,700	36,000	18,600
5년	48,000	25,400	60,000	35,900
10년	96,000	47,200	120,000	69,300
15년	144,000	69,300	180,000	106,200
20년	192,000	83,400	240,000	139,500
40년	192,000	0	240,000	240,000

◆ 휴일교통재해사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	26,600	200	27,900	200
	30세	28,100	200	30,200	200
	40세	32,600	300	36,400	300
	50세	35,600	300	42,100	400
	60세	28,400	300	37,600	500
여 자	20세	9,600	100	10,400	100
	30세	11,300	100	12,600	100
	40세	14,700	100	17,500	200
	50세	16,500	100	21,900	200
	60세	15,500	100	24,600	400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	32,600	31,500	36,400	35,100
3년	32,600	32,500	36,400	36,400
5년	32,600	33,600	36,400	37,900
10년	32,600	33,800	36,400	39,100
15년	32,600	32,700	36,400	39,400
20년	32,600	27,000	36,400	35,500
40년	32,600	0	36,400	36,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	100	3,600	400
3년	10,800	4,000	10,800	5,500
5년	18,000	8,200	18,000	10,900
10년	36,000	15,300	36,000	21,600
15년	54,000	22,400	54,000	33,300
20년	72,000	27,000	72,000	43,800
40년	72,000	0	72,000	72,000

◆ 대중교통사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,400	100	1,500	200
	30세	1,300	100	1,400	100
	40세	1,200	100	1,300	100
	50세	1,000	100	1,200	100
	60세	700	100	1,000	100
여 자	20세	1,400	100	1,500	200
	30세	1,300	100	1,500	200
	40세	1,200	100	1,500	200
	50세	1,100	100	1,400	200
	60세	800	100	1,300	200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	1,100	1,300	1,200
3년	1,200	1,100	1,300	1,200
5년	1,200	1,000	1,300	1,200
10년	1,200	900	1,300	1,100
15년	1,200	800	1,300	1,100
20년	1,200	700	1,300	1,000
40년	1,200	0	1,300	1,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	1,100	1,200	1,200
3년	1,200	1,100	1,200	1,200
5년	1,200	1,000	1,200	1,200
10년	1,200	900	1,200	1,100
15년	1,200	800	1,200	1,000
20년	1,200	700	1,200	1,000
40년	1,200	0	1,200	1,200

◆ 뺑소니 · 무보험자동차사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	20세	18,800	200	19,700	300
	30세	17,500	200	18,800	200
	40세	15,700	200	17,500	200
	50세	13,200	200	15,700	200
	60세	10,100	100	13,400	200
여 자	20세	19,300	200	20,800	300
	30세	18,200	200	20,400	300
	40세	16,600	200	19,800	300
	50세	14,300	200	18,900	300
	60세	11,100	100	17,600	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	15,700	14,700	17,500	16,500
3년	15,700	14,300	17,500	16,200
5년	15,700	13,800	17,500	15,900
10년	15,700	12,600	17,500	15,200
15년	15,700	11,200	17,500	14,400
20년	15,700	9,600	17,500	13,700
40년	15,700	0	17,500	17,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	500	2,400	500
3년	7,200	3,000	7,200	3,700
5년	12,000	5,600	12,000	7,000
10년	24,000	12,600	24,000	16,100
15년	24,000	11,200	24,000	15,600
20년	24,000	9,600	24,000	15,200
40년	24,000	0	24,000	24,000

◆ 산업재해사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	54,300	400	56,900	400
	30세	50,600	400	54,300	400
	40세	45,300	300	50,500	400
	50세	38,200	300	45,300	400
	60세	29,100	300	38,600	600
여 자	20세	55,700	400	60,200	500
	30세	52,600	400	59,000	500
	40세	48,000	400	57,300	500
	50세	41,400	300	54,700	600
	60세	32,200	300	50,900	900

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	45,300	42,500	50,500	47,500
3년	45,300	41,200	50,500	46,700
5년	45,300	39,900	50,500	45,900
10년	45,300	36,300	50,500	43,800
15년	45,300	32,300	50,500	41,600
20년	45,300	27,700	50,500	39,500
40년	45,300	0	50,500	50,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	0	4,800	0
3년	10,800	2,000	14,400	3,300
5년	18,000	4,700	24,000	8,000
10년	36,000	10,600	48,000	18,800
15년	54,000	18,000	72,000	32,400
20년	72,000	27,700	96,000	50,100
40년	72,000	0	96,000	96,000

◆ 레저사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	5,400	600	5,600	600
	30세	5,600	600	6,000	600
	40세	6,200	600	6,900	700
	50세	6,300	700	7,400	800
	60세	5,100	500	6,700	800
여 자	20세	700	100	800	100
	30세	900	100	1,000	100
	40세	1,100	100	1,300	100
	50세	1,300	100	1,700	200
	60세	1,300	100	2,100	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,200	5,900	6,900	6,600
3년	6,200	6,000	6,900	6,700
5년	6,200	6,000	6,900	6,800
10년	6,200	6,000	6,900	7,000
15년	6,200	5,500	6,900	6,800
20년	6,200	4,800	6,900	6,400
40년	6,200	0	6,900	6,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	7,200	5,900	8,400	6,700
3년	7,200	6,000	8,400	6,900
5년	7,200	6,000	8,400	7,000
10년	7,200	6,000	8,400	7,200
15년	7,200	5,500	8,400	7,100
20년	7,200	4,800	8,400	6,800
40년	7,200	0	8,400	8,400

◆ 성인병사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	747,500	5,600	783,300	6,100
	30세	1,092,400	8,200	1,172,300	9,400
	40세	1,583,300	12,200	1,763,000	15,000
	50세	2,208,200	17,700	2,613,800	25,300
	60세	2,773,800	24,800	3,680,300	52,400
여 자	20세	390,300	2,900	421,300	3,400
	30세	563,300	4,200	632,500	5,300
	40세	799,200	6,000	954,400	8,600
	50세	1,087,700	8,300	1,437,400	15,000
	60세	1,353,200	10,800	2,143,600	36,900

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,583,300	1,564,400	1,763,000	1,742,300
3년	1,583,300	1,680,900	1,763,000	1,874,100
5년	1,583,300	1,800,300	1,763,000	2,010,200
10년	1,583,300	2,124,600	1,763,000	2,384,500
15년	1,583,300	2,461,900	1,763,000	2,786,800
20년	1,583,300	2,735,000	1,763,000	3,147,500
40년	1,583,300	0	1,763,000	1,763,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	146,400	52,900	180,000	66,200
3년	439,200	306,800	540,000	383,000
5년	732,000	571,500	900,000	715,500
10년	1,464,000	1,226,100	1,800,000	1,548,600
15년	2,196,000	1,964,400	2,700,000	2,512,700
20년	2,928,000	2,735,000	3,600,000	3,577,400
40년	2,928,000	0	3,600,000	3,600,000

◆ 암사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	389,900	2,900	408,600	3,200
	30세	569,500	4,300	611,200	4,900
	40세	826,600	6,400	920,400	7,800
	50세	1,149,300	9,200	1,360,400	13,200
	60세	1,393,800	12,400	1,849,200	26,300
여 자	20세	165,300	1,200	178,400	1,400
	30세	234,900	1,800	263,700	2,200
	40세	321,800	2,400	384,200	3,400
	50세	412,100	3,200	544,600	5,700
	60세	465,800	3,700	738,000	12,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	826,600	816,900	920,400	909,800
3년	826,600	879,100	920,400	980,000
5년	826,600	942,300	920,400	1,051,900
10년	826,600	1,107,700	920,400	1,243,400
15년	826,600	1,269,500	920,400	1,439,100
20년	826,600	1,381,900	920,400	1,597,200
40년	826,600	0	920,400	920,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	76,800	27,700	93,600	34,100
3년	230,400	161,600	280,800	200,800
5년	384,000	300,800	468,000	375,100
10년	768,000	638,600	936,000	805,900
15년	1,152,000	1,009,800	1,404,000	1,294,700
20년	1,536,000	1,381,900	1,872,000	1,819,900
40년	1,536,000	0	1,872,000	1,872,000

◆ 급성심근경색증사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	43,700	300	45,700	400
	30세	63,400	500	68,100	500
	40세	90,300	700	100,600	900
	50세	122,200	1,000	144,600	1,400
	60세	147,600	1,300	195,800	2,800
여 자	20세	19,700	100	21,200	200
	30세	28,600	200	32,100	300
	40세	41,300	300	49,400	400
	50세	57,500	400	76,000	800
	60세	74,300	600	117,700	2,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	90,300	89,200	100,600	99,400
3년	90,300	95,600	100,600	106,600
5년	90,300	101,900	100,600	113,900
10년	90,300	118,000	100,600	132,900
15년	90,300	133,800	100,600	152,400
20년	90,300	145,800	100,600	169,400
40년	90,300	0	100,600	100,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	2,900	10,800	4,600
3년	25,200	17,200	32,400	22,500
5년	42,000	31,800	54,000	41,300
10년	84,000	66,800	108,000	86,700
15년	126,000	105,500	162,000	138,700
20년	168,000	145,800	216,000	196,400
40년	168,000	0	216,000	216,000

◆ 질병사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	788,000	5,900	825,700	6,500
	30세	1,147,100	8,700	1,231,000	9,900
	40세	1,646,500	12,700	1,833,500	15,600
	50세	2,245,300	18,000	2,657,700	25,700
	60세	2,799,600	25,000	3,714,500	52,900
여 자	20세	378,300	2,800	408,400	3,300
	30세	543,400	4,100	610,100	5,100
	40세	769,200	5,800	918,500	8,200
	50세	1,041,200	8,000	1,376,100	14,400
	60세	1,310,900	10,500	2,076,800	35,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,646,500	1,626,400	1,833,500	1,811,400
3년	1,646,500	1,744,200	1,833,500	1,945,000
5년	1,646,500	1,862,200	1,833,500	2,080,500
10년	1,646,500	2,167,400	1,833,500	2,437,600
15년	1,646,500	2,473,300	1,833,500	2,811,300
20년	1,646,500	2,750,300	1,833,500	3,179,300
40년	1,646,500	0	1,833,500	1,833,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	152,400	54,500	187,200	68,300
3년	457,200	315,100	561,600	394,400
5년	762,000	584,400	936,000	734,100
10년	1,524,000	1,233,000	1,872,000	1,568,400
15년	2,286,000	1,956,000	2,808,000	2,526,300
20년	3,048,000	2,750,300	3,744,000	3,626,300
40년	3,048,000	0	3,744,000	3,744,000

◆ 뇌출혈사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	34,900	300	36,500	300
	30세	50,700	400	54,400	400
	40세	70,100	500	78,100	700
	50세	87,700	700	103,800	1,000
	60세	98,800	900	131,100	1,900
여 자	20세	24,900	200	26,900	200
	30세	36,100	300	40,500	300
	40세	51,100	400	61,000	500
	50세	66,600	500	87,900	900
	60세	78,900	600	125,000	2,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	70,100	69,200	78,100	77,000
3년	70,100	73,200	78,100	81,800
5년	70,100	76,900	78,100	86,200
10년	70,100	85,500	78,100	97,100
15년	70,100	92,700	78,100	107,100
20년	70,100	98,100	78,100	116,400
40년	70,100	0	78,100	78,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,000	2,400	8,400	3,400
3년	18,000	12,500	25,200	16,600
5년	30,000	22,500	42,000	29,900
10년	60,000	45,700	84,000	61,300
15년	90,000	70,700	126,000	96,500
20년	120,000	98,100	168,000	137,400
40년	120,000	0	168,000	168,000

◆ 당뇨병사망특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	45,800	300	48,000	400
	30세	67,700	500	72,700	600
	40세	98,700	800	109,900	900
	50세	136,400	1,100	161,400	1,600
	60세	169,300	1,500	224,600	3,200
여 자	20세	29,600	200	31,900	300
	30세	43,500	300	48,800	400
	40세	63,500	500	75,900	700
	50세	91,200	700	120,500	1,300
	60세	121,400	1,000	192,300	3,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	98,700	97,600	109,900	108,700
3년	98,700	105,000	109,900	117,000
5년	98,700	112,400	109,900	125,500
10년	98,700	131,600	109,900	147,800
15년	98,700	150,600	109,900	170,900
20년	98,700	167,000	109,900	192,700
40년	98,700	0	109,900	109,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,600	3,200	10,800	3,500
3년	28,800	19,200	32,400	23,100
5년	48,000	35,800	54,000	43,800
10년	96,000	75,500	108,000	94,400
15년	144,000	119,600	162,000	152,200
20년	192,000	167,000	216,000	217,500
40년	192,000	0	216,000	216,000

◆ 과로사관련특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	178,700	1,300	187,300	1,500
	30세	262,500	2,000	281,700	2,300
	40세	369,800	2,800	411,800	3,500
	50세	470,200	3,800	556,500	5,400
	60세	539,900	4,800	716,300	10,200
여 자	20세	85,300	600	92,100	700
	30세	124,800	900	140,100	1,200
	40세	179,500	1,400	214,400	1,900
	50세	245,900	1,900	325,000	3,400
	60세	317,300	2,500	502,700	8,600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	369,800	364,800	411,800	406,300
3년	369,800	387,700	411,800	432,900
5년	369,800	408,800	411,800	457,800
10년	369,800	457,800	411,800	518,500
15년	369,800	499,900	411,800	575,800
20년	369,800	534,200	411,800	630,500
40년	369,800	0	411,800	411,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	33,600	12,000	42,000	14,800
3년	100,800	67,000	126,000	84,500
5년	168,000	121,800	210,000	155,300
10년	336,000	247,900	420,000	323,100
15년	504,000	383,700	630,000	511,600
20년	672,000	534,200	840,000	730,700
40년	672,000	0	840,000	840,000

2. 장해관련특약

◆ 재해장해특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	101,200	800	106,100	800
	30세	117,100	900	125,700	1,000
	40세	124,300	1,000	138,500	1,200
	50세	120,700	1,000	142,900	1,400
	60세	103,300	900	137,100	2,000
여 자	20세	42,200	300	45,600	400
	30세	55,500	400	62,300	500
	40세	70,000	500	83,600	700
	50세	83,000	600	109,700	1,100
	60세	87,900	700	139,200	2,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	124,300	117,700	138,500	131,700
3년	124,300	116,900	138,500	132,100
5년	124,300	116,200	138,500	132,700
10년	124,300	114,700	138,500	135,100
15년	124,300	106,600	138,500	132,100
20년	124,300	98,200	138,500	130,600
40년	124,300	0	138,500	138,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	12,000	0	14,400	400
3년	36,000	8,900	43,200	15,500
5년	60,000	19,700	72,000	31,600
10년	120,000	44,100	144,000	70,200
15년	180,000	67,500	216,000	111,600
20년	240,000	98,200	288,000	165,600
40년	240,000	0	288,000	288,000

◆ 휴일재해장해특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	32,700	200	34,300	300
	30세	37,900	300	40,600	300
	40세	40,200	300	44,800	400
	50세	39,000	300	46,200	400
	60세	33,400	300	44,300	600
여 자	20세	13,700	100	14,700	100
	30세	18,000	100	20,200	200
	40세	22,600	200	27,000	200
	50세	26,800	200	35,500	400
	60세	28,400	200	45,000	800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	40,200	38,100	44,800	42,600
3년	40,200	37,800	44,800	42,700
5년	40,200	37,600	44,800	42,900
10년	40,200	37,100	44,800	43,700
15년	40,200	34,500	44,800	42,700
20년	40,200	31,700	44,800	42,200
40년	40,200	0	44,800	44,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	0	4,800	400
3년	10,800	3,000	14,400	5,300
5년	18,000	6,400	24,000	10,600
10년	36,000	14,300	48,000	23,100
15년	54,000	21,800	72,000	36,600
20년	72,000	31,700	96,000	54,200
40년	72,000	0	96,000	96,000

◆ 재해장해연금특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	101,300	800	106,100	800
	30세	119,300	900	128,000	1,000
	40세	130,400	1,000	145,200	1,200
	50세	131,000	1,100	155,000	1,500
	60세	116,300	1,000	154,300	2,200
여 자	20세	38,200	300	41,200	300
	30세	49,500	400	55,500	500
	40세	61,500	500	73,400	700
	50세	71,800	500	94,900	1,000
	60세	75,000	600	118,800	2,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	130,400	123,800	145,200	138,400
3년	130,400	123,700	145,200	139,600
5년	130,400	123,700	145,200	141,000
10년	130,400	124,400	145,200	145,800
15년	130,400	117,400	145,200	144,200
20년	130,400	110,500	145,200	144,400
40년	130,400	0	145,200	145,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	12,000	0	14,400	0
3년	36,000	10,500	43,200	15,900
5년	60,000	22,500	72,000	33,400
10년	120,000	50,400	144,000	75,700
15년	180,000	76,400	216,000	120,000
20년	240,000	110,500	288,000	177,800
40년	240,000	0	288,000	288,000

◆ 교통재해장해특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	39,400	300	41,300	300
	30세	45,500	300	48,800	400
	40세	48,300	400	53,800	500
	50세	46,900	400	55,500	500
	60세	40,100	400	53,200	800
여 자	20세	22,200	200	23,900	200
	30세	29,000	200	32,600	300
	40세	36,600	300	43,700	400
	50세	43,300	300	57,300	600
	60세	45,900	400	72,800	1,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	48,300	45,700	53,800	51,200
3년	48,300	45,400	53,800	51,300
5년	48,300	45,100	53,800	51,500
10년	48,300	44,500	53,800	52,500
15년	48,300	41,400	53,800	51,300
20년	48,300	38,100	53,800	50,700
40년	48,300	0	53,800	53,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800	0	6,000	800
3년	14,400	3,400	18,000	6,800
5년	24,000	7,600	30,000	13,200
10년	48,000	17,100	60,000	28,400
15년	72,000	26,200	90,000	44,800
20년	96,000	38,100	120,000	66,200
40년	96,000	0	120,000	120,000

◆ 휴일교통재해장해특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	20세	12,700	200	13,300	200
	30세	14,700	200	15,800	200
	40세	15,600	200	17,400	200
	50세	15,200	200	17,900	300
	60세	13,000	200	17,200	300
여 자	20세	7,200	100	7,700	100
	30세	9,400	100	10,500	100
	40세	11,800	100	14,100	200
	50세	14,000	200	18,500	300
	60세	14,900	200	23,500	400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	15,600	14,800	17,400	16,500
3년	15,600	14,700	17,400	16,600
5년	15,600	14,600	17,400	16,700
10년	15,600	14,400	17,400	17,000
15년	15,600	13,400	17,400	16,600
20년	15,600	12,300	17,400	16,400
40년	15,600	0	17,400	17,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	700	2,400	600
3년	7,200	3,500	7,200	4,100
5년	12,000	6,400	12,000	7,800
10년	24,000	14,400	24,000	17,900
15년	24,000	13,400	24,000	17,800
20년	24,000	12,300	24,000	17,900
40년	24,000	0	24,000	24,000

◆ 교통재해장해연금특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	39,300	300	41,200	300
	30세	46,200	300	49,600	400
	40세	50,500	400	56,200	500
	50세	51,000	400	60,400	600
	60세	45,200	400	60,000	900
여 자	20세	20,000	100	21,600	200
	30세	25,900	200	29,100	200
	40세	32,300	200	38,600	300
	50세	37,800	300	50,000	500
	60세	39,400	300	62,400	1,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	50,500	47,900	56,200	53,600
3년	50,500	47,900	56,200	54,100
5년	50,500	48,000	56,200	54,700
10년	50,500	48,400	56,200	56,700
15년	50,500	45,700	56,200	56,100
20년	50,500	43,000	56,200	56,100
40년	50,500	0	56,200	56,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800	0	6,000	600
3년	14,400	4,100	18,000	7,100
5년	24,000	8,800	30,000	14,100
10년	48,000	19,800	60,000	30,900
15년	72,000	29,800	90,000	48,300
20년	96,000	43,000	120,000	71,000
40년	96,000	0	120,000	120,000

◆ 추상장해특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	107,400	800	112,600	900
	30세	124,300	900	133,400	1,100
	40세	131,900	1,000	146,900	1,200
	50세	128,100	1,000	151,600	1,500
	60세	109,700	1,000	145,500	2,100
여 자	20세	44,800	300	48,400	400
	30세	58,900	400	66,200	600
	40세	74,300	600	88,800	800
	50세	88,100	700	116,500	1,200
	60세	93,300	700	147,800	2,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	131,900	124,900	146,900	139,700
3년	131,900	124,100	146,900	140,200
5년	131,900	123,300	146,900	140,800
10년	131,900	121,700	146,900	143,300
15년	131,900	113,100	146,900	140,200
20년	131,900	104,200	146,900	138,600
40년	131,900	0	146,900	146,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	12,000	0	14,400	0
3년	36,000	9,600	43,200	14,700
5년	60,000	20,900	72,000	31,400
10년	120,000	46,800	144,000	71,900
15년	180,000	71,700	216,000	115,100
20년	240,000	104,200	288,000	171,600
40년	240,000	0	288,000	288,000

◆ 질병장해특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	369,000	2,800	386,700	3,000
	30세	540,700	4,100	580,300	4,700
	40세	781,000	6,000	869,600	7,400
	50세	1,096,300	8,800	1,297,600	12,600
	60세	1,490,000	13,300	1,976,900	28,200
여 자	20세	358,100	2,700	386,600	3,100
	30세	524,100	3,900	588,400	4,900
	40세	761,600	5,700	909,400	8,100
	50세	1,082,800	8,300	1,430,900	15,000
	60세	1,442,200	11,500	2,284,800	39,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	781,000	768,500	869,600	856,300
3년	781,000	823,900	869,600	919,200
5년	781,000	882,300	869,600	985,800
10년	781,000	1,041,500	869,600	1,169,700
15년	781,000	1,219,200	869,600	1,379,500
20년	781,000	1,415,500	869,600	1,619,000
40년	781,000	0	869,600	869,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	72,000	23,100	88,800	29,600
3년	216,000	146,200	266,400	183,700
5년	360,000	276,200	444,000	347,200
10년	720,000	598,300	888,000	757,400
15년	1,080,000	973,800	1,332,000	1,244,400
20년	1,440,000	1,415,500	1,776,000	1,831,100
40년	1,440,000	0	1,776,000	1,776,000

3. 입원관련특약

◆ 입원보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	519,600	3,900	544,500	4,300
	30세	579,300	4,400	621,700	5,000
	40세	632,500	4,900	704,300	6,000
	50세	648,600	5,200	767,700	7,400
	60세	585,700	5,200	777,100	11,100
여 자	20세	431,200	3,200	465,500	3,700
	30세	472,200	3,500	530,100	4,400
	40세	492,200	3,700	587,700	5,300
	50세	495,900	3,800	655,300	6,900
	60세	446,800	3,600	707,800	12,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	632,500	604,900	704,300	675,900
3년	632,500	611,500	704,300	688,700
5년	632,500	616,100	704,300	700,000
10년	632,500	616,100	704,300	719,900
15년	632,500	592,800	704,300	722,600
20년	632,500	556,400	704,300	721,200
40년	632,500	0	704,300	704,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	58,800	1,000	72,000	6,500
3년	176,400	62,500	216,000	93,200
5년	294,000	125,200	360,000	183,000
10년	588,000	257,200	720,000	386,300
15년	882,000	394,100	1,080,000	613,500
20년	1,176,000	556,400	1,440,000	893,400
40년	1,176,000	0	1,440,000	1,440,000

◆ 장기입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	154,300	1,200	161,700	1,300
	30세	173,800	1,300	186,500	1,500
	40세	193,500	1,500	215,400	1,800
	50세	194,800	1,600	230,600	2,200
	60세	169,200	1,500	224,600	3,200
여 자	20세	78,500	600	84,800	700
	30세	101,100	800	113,500	900
	40세	123,300	900	147,200	1,300
	50세	134,200	1,000	177,400	1,900
	60세	125,800	1,000	199,200	3,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	193,500	185,000	215,400	206,700
3년	193,500	186,900	215,400	210,500
5년	193,500	187,800	215,400	213,400
10년	193,500	185,100	215,400	216,800
15년	193,500	174,100	215,400	213,800
20년	193,500	160,800	215,400	211,200
40년	193,500	0	215,400	215,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	18,000	300	21,600	1,300
3년	54,000	18,900	64,800	27,500
5년	90,000	37,600	108,000	54,300
10년	180,000	75,300	216,000	113,500
15년	270,000	113,300	324,000	178,900
20년	360,000	160,800	432,000	261,900
40년	360,000	0	432,000	432,000

◆ 재해입원보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	292,200	2,200	306,200	2,400
	30세	295,300	2,200	316,900	2,500
	40세	273,100	2,100	304,100	2,600
	50세	216,400	1,700	256,100	2,500
	60세	142,800	1,300	189,500	2,700
여 자	20세	179,600	1,300	193,900	1,600
	30세	210,800	1,600	236,600	2,000
	40세	228,300	1,700	272,600	2,400
	50세	203,500	1,600	269,000	2,800
	60세	152,900	1,200	242,200	4,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	273,100	255,300	304,100	286,000
3년	273,100	245,900	304,100	279,300
5년	273,100	235,500	304,100	271,700
10년	273,100	205,600	304,100	250,400
15년	273,100	171,400	304,100	227,500
20년	273,100	135,700	304,100	206,800
40년	273,100	0	304,100	304,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	25,200	0	31,200	0
3년	75,600	9,000	93,600	22,400
5년	126,000	23,600	156,000	48,800
10년	252,000	50,600	312,000	106,700
15년	378,000	85,600	468,000	180,800
20년	504,000	135,700	624,000	281,700
40년	504,000	0	624,000	624,000

◆ 재해장기입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	67,200	500	70,400	600
	30세	71,700	500	77,000	600
	40세	71,200	500	79,300	700
	50세	59,000	500	69,800	700
	60세	40,800	400	54,100	800
여 자	20세	30,500	200	33,000	300
	30세	38,100	300	42,700	400
	40세	45,700	300	54,600	500
	50세	45,400	300	60,000	600
	60세	36,800	300	58,300	1,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	71,200	67,000	79,300	75,000
3년	71,200	65,100	79,300	73,800
5년	71,200	62,800	79,300	72,300
10년	71,200	56,000	79,300	67,700
15년	71,200	47,700	79,300	62,400
20년	71,200	38,800	79,300	57,300
40년	71,200	0	79,300	79,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,000	0	8,400	0
3년	18,000	3,400	25,200	7,300
5년	30,000	7,600	42,000	14,800
10년	60,000	15,600	84,000	31,000
15년	90,000	25,400	126,000	51,200
20년	120,000	38,800	168,000	78,100
40년	120,000	0	168,000	168,000

◆ 화상입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	2,800	300	2,900	300
	30세	2,800	300	3,000	300
	40세	2,400	300	2,700	300
	50세	1,800	200	2,200	200
	60세	1,300	100	1,700	200
여 자	20세	1,300	100	1,400	200
	30세	1,600	200	1,800	200
	40세	1,800	200	2,100	200
	50세	1,600	200	2,200	200
	60세	1,500	200	2,400	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	2,200	2,700	2,500
3년	2,400	2,100	2,700	2,400
5년	2,400	2,000	2,700	2,300
10년	2,400	1,700	2,700	2,100
15년	2,400	1,500	2,700	2,000
20년	2,400	1,200	2,700	1,800
40년	2,400	0	2,700	2,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	2,200	3,600	2,600
3년	3,600	2,100	3,600	2,500
5년	3,600	2,000	3,600	2,400
10년	3,600	1,700	3,600	2,300
15년	3,600	1,500	3,600	2,100
20년	3,600	1,200	3,600	2,000
40년	3,600	0	3,600	3,600

◆ 교통재해응급치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	134,100	1,000	140,500	1,100
	30세	122,000	900	130,900	1,100
	40세	91,300	700	101,700	900
	50세	68,200	500	80,700	800
	60세	45,800	400	60,700	900
여 자	20세	106,000	800	114,400	900
	30세	104,000	800	116,700	1,000
	40세	86,400	700	103,200	900
	50세	60,500	500	80,000	800
	60세	37,900	300	60,100	1,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	91,300	84,100	101,700	94,300
3년	91,300	78,700	101,700	89,900
5년	91,300	74,000	101,700	86,100
10년	91,300	64,800	101,700	79,800
15년	91,300	53,000	101,700	71,800
20년	91,300	43,500	101,700	67,300
40년	91,300	0	101,700	101,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	0	10,800	0
3년	25,200	0	32,400	4,700
5년	42,000	3,100	54,000	12,400
10년	84,000	13,000	108,000	32,800
15년	126,000	24,300	162,000	57,500
20년	168,000	43,500	216,000	94,000
40년	168,000	0	216,000	216,000

◆ 재해응급치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	261,200	2,000	273,700	2,100
	30세	253,700	1,900	272,300	2,200
	40세	221,000	1,700	246,100	2,100
	50세	168,700	1,400	199,700	1,900
	60세	111,400	1,000	147,700	2,100
여 자	20세	173,400	1,300	187,200	1,500
	30세	190,100	1,400	213,400	1,800
	40세	192,100	1,400	229,400	2,100
	50세	162,300	1,200	214,500	2,200
	60세	119,600	1,000	189,500	3,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	221,000	205,600	246,100	230,400
3년	221,000	196,200	246,100	223,100
5년	221,000	186,300	246,100	215,600
10년	221,000	160,300	246,100	196,500
15년	221,000	132,800	246,100	178,100
20년	221,000	105,800	246,100	163,400
40년	221,000	0	246,100	246,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	20,400	0	25,200	0
3년	61,200	4,400	75,600	15,200
5년	102,000	14,800	126,000	35,100
10년	204,000	34,900	252,000	80,100
15년	306,000	63,300	378,000	140,200
20년	408,000	105,800	504,000	223,700
40년	408,000	0	504,000	504,000

◆ 교통재해입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	147,400	1,100	154,500	1,200
	30세	139,800	1,100	150,000	1,200
	40세	112,400	900	125,200	1,100
	50세	87,300	700	103,300	1,000
	60세	58,500	500	77,600	1,100
여 자	20세	104,300	800	112,600	900
	30세	110,500	800	124,100	1,000
	40세	101,200	800	120,800	1,100
	50세	75,600	600	99,900	1,000
	60세	48,500	400	76,800	1,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	112,400	104,100	125,200	116,700
3년	112,400	98,500	125,200	112,200
5년	112,400	93,400	125,200	108,400
10년	112,400	82,900	125,200	101,400
15년	112,400	68,200	125,200	91,300
20년	112,400	55,600	125,200	84,900
40년	112,400	0	125,200	125,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	10,800	0	13,200	0
3년	32,400	800	39,600	7,200
5년	54,000	6,200	66,000	17,400
10년	108,000	19,100	132,000	43,300
15년	162,000	32,900	198,000	73,400
20년	216,000	55,600	264,000	117,300
40년	216,000	0	264,000	264,000

◆ 교통재해장기입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	33,100	200	34,700	300
	30세	33,300	300	35,700	300
	40세	29,200	200	32,500	300
	50세	23,800	200	28,100	300
	60세	16,700	100	22,100	300
여 자	20세	16,400	100	17,700	100
	30세	18,600	100	20,900	200
	40세	19,500	100	23,300	200
	50세	16,600	100	22,000	200
	60세	11,600	100	18,500	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	29,200	27,200	32,500	30,500
3년	29,200	26,000	32,500	29,600
5년	29,200	24,900	32,500	28,800
10년	29,200	22,600	32,500	27,400
15년	29,200	19,000	32,500	25,000
20년	29,200	15,800	32,500	23,400
40년	29,200	0	32,500	32,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	0	3,600	100
3년	7,200	700	10,800	2,700
5년	12,000	2,200	18,000	5,600
10년	24,000	6,000	36,000	12,800
15년	36,000	9,800	54,000	20,900
20년	48,000	15,800	72,000	32,700
40년	48,000	0	72,000	72,000

◆ 질병입원보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	275,100	2,100	288,300	2,300
	30세	334,200	2,500	358,700	2,900
	40세	408,000	3,100	454,400	3,900
	50세	461,500	3,700	546,300	5,300
	60세	452,800	4,000	600,800	8,600
여 자	20세	308,100	2,300	332,500	2,700
	30세	330,600	2,500	371,200	3,100
	40세	341,900	2,600	408,300	3,700
	50세	361,500	2,800	477,700	5,000
	60세	342,400	2,700	542,500	9,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	408,000	394,400	454,400	440,200
3년	408,000	407,400	454,400	457,100
5년	408,000	418,800	454,400	472,900
10년	408,000	438,400	454,400	505,400
15년	408,000	441,900	454,400	525,700
20년	408,000	430,200	454,400	536,500
40년	408,000	0	454,400	454,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	37,200	5,000	46,800	8,900
3년	111,600	53,400	140,400	73,600
5년	186,000	102,100	234,000	140,200
10년	372,000	206,900	468,000	291,200
15년	558,000	313,700	702,000	456,600
20년	744,000	430,200	936,000	649,200
40년	744,000	0	936,000	936,000

◆ 질병장기입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	75,600	600	79,200	600
	30세	94,200	700	101,100	800
	40세	122,000	900	135,900	1,200
	50세	137,500	1,100	162,800	1,600
	60세	130,900	1,200	173,700	2,500
여 자	20세	41,800	300	45,100	400
	30세	53,500	400	60,100	500
	40세	65,700	500	78,400	700
	50세	76,600	600	101,200	1,100
	60세	80,000	600	126,700	2,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	122,000	118,200	135,900	131,900
3년	122,000	122,400	135,900	137,300
5년	122,000	126,000	135,900	142,100
10년	122,000	130,600	135,900	150,700
15년	122,000	130,000	135,900	155,100
20년	122,000	124,400	135,900	156,200
40년	122,000	0	135,900	135,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	10,800	1,900	14,400	3,500
3년	32,400	16,600	43,200	23,400
5년	54,000	31,200	72,000	43,600
10년	108,000	61,400	144,000	87,800
15년	162,000	91,700	216,000	135,900
20년	216,000	124,400	288,000	191,800
40년	216,000	0	288,000	288,000

◆ 암입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	36,800	300	38,500	300
	30세	52,400	400	56,200	500
	40세	73,100	600	81,400	700
	50세	94,000	800	111,300	1,100
	60세	101,000	900	134,000	1,900
여 자	20세	27,700	200	29,900	200
	30세	38,500	300	43,200	400
	40세	49,100	400	58,700	500
	50세	55,500	400	73,400	800
	60세	52,100	400	82,600	1,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	73,100	71,600	81,400	79,800
3년	73,100	75,900	81,400	84,800
5년	73,100	80,100	81,400	89,700
10년	73,100	89,300	81,400	101,300
15년	73,100	95,300	81,400	110,300
20년	73,100	96,000	81,400	115,000
40년	73,100	0	81,400	81,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	7,200	1,600	8,400	2,500
3년	21,600	12,400	25,200	16,100
5년	36,000	23,300	42,000	30,200
10년	72,000	47,900	84,000	63,000
15년	108,000	72,300	126,000	98,000
20년	144,000	96,000	168,000	135,300
40년	144,000	0	168,000	168,000

◆ 암장기입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	8,000	-	8,400	100
	30세	11,200	100	12,000	100
	40세	15,400	100	17,100	100
	50세	19,500	200	23,000	200
	60세	20,900	200	27,800	400
여 자	20세	6,400	-	6,900	-
	30세	8,700	100	9,800	100
	40세	11,200	100	13,300	100
	50세	12,900	100	17,000	200
	60세	12,500	100	19,800	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	15,400	15,100	17,100	16,800
3년	15,400	15,900	17,100	17,800
5년	15,400	16,700	17,100	18,800
10년	15,400	18,500	17,100	21,000
15년	15,400	19,500	17,100	22,700
20년	15,400	19,900	17,100	23,900
40년	15,400	0	17,100	17,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	400	1,200	0
3년	3,600	2,700	3,600	2,300
5년	6,000	4,800	6,000	4,900
10년	12,000	9,800	12,000	11,300
15년	18,000	14,700	18,000	18,000
20년	24,000	19,900	24,000	25,500
40년	24,000	0	24,000	24,000

◆ 뇌출혈입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	8,700	100	9,200	100
	30세	12,300	100	13,200	100
	40세	16,600	100	18,500	200
	50세	19,500	200	23,100	200
	60세	19,300	200	25,600	400
여 자	20세	9,100	100	9,800	100
	30세	12,900	100	14,500	100
	40세	18,400	100	22,000	200
	50세	23,300	200	30,800	300
	60세	23,800	200	37,700	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	16,600	16,100	18,500	18,000
3년	16,600	16,700	18,500	18,800
5년	16,600	17,300	18,500	19,500
10년	16,600	18,600	18,500	21,300
15년	16,600	19,000	18,500	22,400
20년	16,600	18,300	18,500	22,700
40년	16,600	0	18,500	18,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	400	2,400	1,200
3년	3,600	2,500	7,200	4,200
5년	6,000	4,500	12,000	7,200
10년	12,000	9,100	24,000	14,000
15년	18,000	13,800	36,000	21,500
20년	24,000	18,300	48,000	29,600
40년	24,000	0	48,000	48,000

◆ 급성심근경색증입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,700	200	1,700	200
	30세	2,400	300	2,600	300
	40세	3,400	400	3,800	400
	50세	4,200	400	4,900	500
	60세	4,200	400	5,500	600
여 자	20세	1,100	100	1,200	100
	30세	1,500	200	1,700	200
	40세	2,300	200	2,700	300
	50세	3,200	300	4,200	500
	60세	4,000	400	6,400	800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,400	3,300	3,800	3,700
3년	3,400	3,500	3,800	3,900
5년	3,400	3,700	3,800	4,100
10년	3,400	3,900	3,800	4,500
15년	3,400	4,100	3,800	4,800
20년	3,400	4,000	3,800	4,800
40년	3,400	0	3,800	3,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800	3,300	4,800	3,800
3년	4,800	3,500	4,800	4,000
5년	4,800	3,700	4,800	4,200
10년	4,800	3,900	4,800	4,700
15년	4,800	4,100	4,800	5,000
20년	4,800	4,000	4,800	5,100
40년	4,800	0	4,800	4,800

◆ 중증간경화입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	4,800	500	5,000	500
	30세	7,000	700	7,500	800
	40세	9,100	900	10,100	1,100
	50세	8,500	900	10,100	1,100
	60세	5,700	600	7,500	900
여 자	20세	1,500	200	1,600	200
	30세	2,200	200	2,500	300
	40세	3,000	300	3,600	400
	50세	3,400	400	4,600	500
	60세	2,900	300	4,600	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,100	8,700	10,100	9,700
3년	9,100	8,800	10,100	9,900
5년	9,100	8,800	10,100	10,000
10년	9,100	8,100	10,100	9,600
15년	9,100	6,900	10,100	8,800
20년	9,100	5,400	10,100	7,700
40년	9,100	0	10,100	10,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	10,800	8,700	13,200	10,100
3년	10,800	8,800	13,200	10,200
5년	10,800	8,800	13,200	10,300
10년	10,800	8,100	13,200	10,000
15년	10,800	6,900	13,200	9,300
20년	10,800	5,400	13,200	8,500
40년	10,800	0	13,200	13,200

◆ 중증신부전증입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,700	200	1,800	200
	30세	2,300	200	2,400	300
	40세	2,900	300	3,200	300
	50세	3,300	300	3,900	400
	60세	3,100	300	4,100	500
여 자	20세	1,700	200	1,800	200
	30세	2,200	200	2,500	300
	40세	2,700	300	3,200	400
	50세	3,100	300	4,100	500
	60세	2,800	300	4,500	500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,900	2,800	3,200	3,100
3년	2,900	2,900	3,200	3,300
5년	2,900	3,000	3,200	3,400
10년	2,900	3,200	3,200	3,600
15년	2,900	3,200	3,200	3,700
20년	2,900	2,900	3,200	3,700
40년	2,900	0	3,200	3,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	2,800	3,600	3,200
3년	3,600	2,900	3,600	3,300
5년	3,600	3,000	3,600	3,500
10년	3,600	3,200	3,600	3,700
15년	3,600	3,200	3,600	3,800
20년	3,600	2,900	3,600	3,800
40년	3,600	0	3,600	3,600

◆ 중증폐질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	900	100	900	100
	30세	1,300	100	1,400	100
	40세	1,900	200	2,100	200
	50세	2,700	300	3,100	300
	60세	3,300	300	4,400	500
여 자	20세	300	-	400	-
	30세	500	-	600	-
	40세	700	100	800	100
	50세	1,000	100	1,300	100
	60세	1,200	100	1,900	200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,900	1,900	2,100	2,100
3년	1,900	2,000	2,100	2,200
5년	1,900	2,200	2,100	2,400
10년	1,900	2,500	2,100	2,800
15년	1,900	2,900	2,100	3,300
20년	1,900	3,200	2,100	3,700
40년	1,900	0	2,100	2,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	1,900	2,400	2,100
3년	2,400	2,000	2,400	2,300
5년	2,400	2,200	2,400	2,400
10년	2,400	2,500	2,400	2,900
15년	2,400	2,900	2,400	3,300
20년	2,400	3,200	2,400	3,700
40년	2,400	0	2,400	2,400

◆ 3대질병입원보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	47,100	400	49,400	400
	30세	67,100	500	72,000	600
	40세	93,100	700	103,600	900
	50세	117,700	900	139,300	1,300
	60세	124,500	1,100	165,100	2,400
여 자	20세	37,800	300	40,800	300
	30세	53,000	400	59,500	500
	40세	69,800	500	83,300	700
	50세	82,100	600	108,400	1,100
	60세	80,000	600	126,700	2,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	93,100	91,000	103,600	101,500
3년	93,100	96,100	103,600	107,500
5년	93,100	101,000	103,600	113,400
10년	93,100	111,800	103,600	127,100
15년	93,100	118,400	103,600	137,500
20년	93,100	118,200	103,600	142,500
40년	93,100	0	103,600	103,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	2,200	10,800	3,300
3년	25,200	15,400	32,400	20,200
5년	42,000	28,800	54,000	37,800
10년	84,000	59,000	108,000	78,600
15년	126,000	89,100	162,000	122,200
20년	168,000	118,200	216,000	168,800
40년	168,000	0	216,000	216,000

◆ 중대질병입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	54,300	400	56,900	400
	30세	77,400	600	83,100	700
	40세	106,800	800	118,900	1,000
	50세	132,000	1,100	156,200	1,500
	60세	136,300	1,200	180,800	2,600
여 자	20세	40,900	300	44,200	400
	30세	57,400	400	64,400	500
	40세	75,600	600	90,300	800
	50세	89,200	700	117,800	1,200
	60세	86,600	700	137,100	2,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	106,800	104,200	118,900	116,200
3년	106,800	109,600	118,900	122,700
5년	106,800	114,700	118,900	128,900
10년	106,800	125,400	118,900	142,900
15년	106,800	131,100	118,900	153,000
20년	106,800	129,500	118,900	157,300
40년	106,800	0	118,900	118,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	9,600	2,400	12,000	3,000
3년	28,800	17,100	36,000	21,800
5년	48,000	31,900	60,000	41,300
10년	96,000	64,800	120,000	86,100
15년	144,000	97,500	180,000	134,000
20년	192,000	129,500	240,000	185,600
40년	192,000	0	240,000	240,000

◆ 식중독입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	2,100	200	2,200	200
	30세	2,000	200	2,100	200
	40세	1,900	200	2,100	200
	50세	1,900	200	2,200	200
	60세	1,700	200	2,200	300
여 자	20세	2,500	300	2,700	300
	30세	2,400	300	2,700	300
	40세	2,600	300	3,100	300
	50세	2,600	300	3,400	400
	60세	2,100	200	3,400	400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,900	1,800	2,100	2,000
3년	1,900	1,800	2,100	2,000
5년	1,900	1,800	2,100	2,000
10년	1,900	1,800	2,100	2,100
15년	1,900	1,700	2,100	2,100
20년	1,900	1,600	2,100	2,100
40년	1,900	0	2,100	2,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	1,800	2,400	2,100
3년	2,400	1,800	2,400	2,100
5년	2,400	1,800	2,400	2,100
10년	2,400	1,800	2,400	2,100
15년	2,400	1,700	2,400	2,200
20년	2,400	1,600	2,400	2,200
40년	2,400	0	2,400	2,400

◆ 당뇨병입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	7,900	-	8,300	-
	30세	11,400	100	12,200	100
	40세	15,300	100	17,100	100
	50세	17,500	100	20,700	200
	60세	16,400	100	21,700	300
여 자	20세	6,500	-	7,100	-
	30세	9,200	100	10,400	100
	40세	12,900	100	15,400	100
	50세	17,100	100	22,600	200
	60세	19,100	200	30,200	500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	15,300	14,900	17,100	16,600
3년	15,300	15,500	17,100	17,400
5년	15,300	16,000	17,100	18,100
10년	15,300	16,600	17,100	19,100
15년	15,300	16,600	17,100	19,700
20년	15,300	15,500	17,100	19,500
40년	15,300	0	17,100	17,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	300	1,200	0
3년	3,600	2,300	3,600	1,900
5년	6,000	4,100	6,000	4,200
10년	12,000	7,900	12,000	9,400
15년	18,000	11,700	18,000	15,100
20년	24,000	15,500	24,000	21,200
40년	24,000	0	24,000	24,000

◆ 성인주요질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	78,700	600	82,400	600
	30세	102,600	800	110,200	900
	40세	136,300	1,000	151,800	1,300
	50세	160,800	1,300	190,300	1,800
	60세	165,800	1,500	220,000	3,100
여 자	20세	62,000	500	67,000	500
	30세	86,000	600	96,500	800
	40세	119,000	900	142,100	1,300
	50세	157,000	1,200	207,500	2,200
	60세	181,800	1,500	288,100	5,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	136,300	132,500	151,800	147,800
3년	136,300	138,200	151,800	154,800
5년	136,300	143,300	151,800	161,300
10년	136,300	152,700	151,800	175,100
15년	136,300	158,000	151,800	186,000
20년	136,300	157,500	151,800	193,100
40년	136,300	0	151,800	151,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	12,000	2,600	15,600	3,700
3년	36,000	20,000	46,800	26,700
5년	60,000	37,500	78,000	50,100
10년	120,000	75,400	156,000	103,400
15년	180,000	115,100	234,000	162,700
20년	240,000	157,500	312,000	230,500
40년	240,000	0	312,000	312,000

◆ 여성주요질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
여 자	20세	16,600	100	17,900	100
	30세	19,000	100	21,300	200
	40세	19,500	100	23,300	200
	50세	14,000	100	18,500	200
	60세	11,300	100	17,900	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	19,500	18,300	23,300	22,000
3년	19,500	17,500	23,300	21,600
5년	19,500	16,500	23,300	20,900
10년	19,500	13,300	23,300	18,700
15년	19,500	11,400	23,300	18,000
20년	19,500	10,700	23,300	18,900
40년	19,500	0	23,300	23,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	0	2,400	0
3년	3,600	800	7,200	1,900
5년	6,000	1,400	12,000	4,200
10년	12,000	2,300	24,000	8,800
15년	18,000	5,300	36,000	16,400
20년	24,000	10,700	48,000	27,500
40년	24,000	0	48,000	48,000

◆ 남성주요질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	20세	4,900	-	5,200	100
	30세	5,600	100	6,000	100
	40세	6,900	100	7,700	100
	50세	8,400	100	9,900	100
	60세	9,200	100	12,200	200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,900	6,700	7,700	7,500
3년	6,900	6,900	7,700	7,800
5년	6,900	7,200	7,700	8,100
10년	6,900	7,900	7,700	9,100
15년	6,900	8,500	7,700	10,000
20년	6,900	8,800	7,700	10,600
40년	6,900	0	7,700	7,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	500	1,200	600
3년	3,600	2,000	3,600	2,400
5년	6,000	3,600	6,000	4,300
10년	12,000	7,900	12,000	9,700
15년	12,000	8,500	12,000	10,800
20년	12,000	8,800	12,000	11,600
40년	12,000	0	12,000	12,000

◆ 성장기주요질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 30세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
남 자	0세	31,100	700	45,800	1,200
	5세	15,900	400	26,000	800
	10세	11,300	300	21,600	700
여 자	0세	23,100	500	34,100	900
	5세	11,700	300	19,300	600
	10세	7,800	200	15,000	500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	15,900	26,000	45,800	40,500
3년	15,900	19,700	45,800	35,400
5년	15,900	15,100	45,800	32,100
10년	15,900	10,800	45,800	31,500
15년	15,900	9,200	45,800	34,400
20년	15,900	7,400	45,800	38,200
30년	15,900	0	45,800	45,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	1,100	14,400	4,800
3년	25,200	6,800	43,200	21,600
5년	42,000	15,100	72,000	41,800
10년	42,000	10,800	72,000	43,300
15년	42,000	9,200	72,000	48,800
20년	42,000	7,400	72,000	55,700
30년	42,000	0	72,000	72,000

◆ 노인성주요질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	40세	129,000	1,000	143,700	1,200
	50세	153,600	1,200	181,800	1,800
	60세	158,700	1,400	210,500	3,000
여 자	40세	120,200	900	143,600	1,300
	50세	159,100	1,200	210,200	2,200
	60세	184,200	1,500	291,900	5,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	129,000	125,500	143,700	140,000
3년	129,000	131,200	143,700	147,000
5년	129,000	136,300	143,700	153,400
10년	129,000	145,900	143,700	167,100
15년	129,000	151,200	143,700	177,700
20년	129,000	150,700	143,700	184,400
40년	129,000	0	143,700	143,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	12,000	2,300	14,400	3,000
3년	36,000	19,200	43,200	24,900
5년	60,000	36,100	72,000	47,200
10년	120,000	72,700	144,000	98,200
15년	180,000	110,700	216,000	154,400
20년	240,000	150,700	288,000	218,100
40년	240,000	0	288,000	288,000

◆ 감염성주요질환입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	20세	5,500	100	5,800	100
	30세	5,900	100	6,300	100
	40세	6,900	100	7,700	100
	50세	7,700	100	9,200	100
	60세	8,700	100	11,500	200
여 자	20세	5,900	100	6,400	100
	30세	6,700	100	7,600	100
	40세	8,100	100	9,600	100
	50세	9,500	100	12,500	200
	60세	10,100	100	16,000	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,900	6,600	7,700	7,400
3년	6,900	6,800	7,700	7,600
5년	6,900	6,900	7,700	7,800
10년	6,900	7,400	7,700	8,500
15년	6,900	7,900	7,700	9,300
20년	6,900	8,300	7,700	10,100
40년	6,900	0	7,700	7,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	400	1,200	600
3년	3,600	1,800	3,600	2,300
5년	6,000	3,300	6,000	4,100
10년	12,000	7,400	12,000	9,100
15년	12,000	7,900	12,000	10,100
20년	12,000	8,300	12,000	11,100
40년	12,000	0	12,000	12,000

4. 수술관련특약

◆ 수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	713,600	5,400	747,800	5,800
	30세	904,500	6,800	970,700	7,800
	40세	1,131,000	8,700	1,259,400	10,700
	50세	1,324,200	10,600	1,567,400	15,200
	60세	1,351,600	12,100	1,793,200	25,600
여 자	20세	913,100	6,800	985,600	7,900
	30세	1,123,700	8,400	1,261,600	10,500
	40세	1,251,000	9,400	1,493,900	13,400
	50세	1,192,600	9,100	1,576,000	16,500
	60세	983,900	7,900	1,558,800	26,800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,131,000	1,094,900	1,259,400	1,222,000
3년	1,131,000	1,134,800	1,259,400	1,272,800
5년	1,131,000	1,173,000	1,259,400	1,322,900
10년	1,131,000	1,258,000	1,259,400	1,443,600
15년	1,131,000	1,305,900	1,259,400	1,538,000
20년	1,131,000	1,284,000	1,259,400	1,578,700
40년	1,131,000	0	1,259,400	1,259,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	104,400	15,300	128,400	24,300
3년	313,200	153,200	385,200	207,200
5년	522,000	295,200	642,000	397,700
10년	1,044,000	616,100	1,284,000	846,000
15년	1,566,000	950,500	1,926,000	1,341,500
20년	2,088,000	1,284,000	2,568,000	1,884,800
40년	2,088,000	0	2,568,000	2,568,000

◆ 교통재해수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	64,000	500	67,000	500
	30세	63,700	500	68,400	500
	40세	60,500	500	67,400	600
	50세	51,900	400	61,400	600
	60세	37,700	300	50,000	700
여 자	20세	28,400	200	30,700	200
	30세	34,400	300	38,600	300
	40세	37,200	300	44,400	400
	50세	33,900	300	44,800	500
	60세	23,700	200	37,500	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	60,500	56,600	67,400	63,400
3년	60,500	54,800	67,400	62,200
5년	60,500	53,100	67,400	61,200
10년	60,500	49,300	67,400	59,200
15년	60,500	43,200	67,400	55,600
20년	60,500	35,800	67,400	51,600
40년	60,500	0	67,400	67,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,000	0	7,200	0
3년	18,000	2,200	21,600	5,900
5년	30,000	6,200	36,000	12,400
10년	60,000	15,000	72,000	28,200
15년	90,000	24,200	108,000	46,300
20년	120,000	35,800	144,000	69,500
40년	120,000	0	144,000	144,000

◆ 재해수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	307,500	2,300	322,200	2,500
	30세	351,700	2,700	377,400	3,000
	40세	383,200	2,900	426,700	3,600
	50세	372,700	3,000	441,200	4,300
	60세	299,000	2,700	396,800	5,700
여 자	20세	268,600	2,000	289,900	2,300
	30세	336,400	2,500	377,700	3,100
	40세	384,600	2,900	459,200	4,100
	50세	327,400	2,500	432,700	4,500
	60세	230,500	1,800	365,100	6,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	383,200	364,800	426,700	407,900
3년	383,200	364,900	426,700	411,700
5년	383,200	363,600	426,700	414,400
10년	383,200	354,100	426,700	417,000
15년	383,200	327,300	426,700	406,000
20년	383,200	284,100	426,700	383,900
40년	383,200	0	426,700	426,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	34,800	0	43,200	1,600
3년	104,400	32,400	129,600	50,100
5년	174,000	66,200	216,000	100,200
10년	348,000	136,600	432,000	213,600
15년	522,000	206,900	648,000	338,300
20년	696,000	284,100	864,000	486,200
40년	696,000	0	864,000	864,000

◆ 화상수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	4,100	400	4,300	400
	30세	4,200	400	4,500	500
	40세	3,500	400	3,900	400
	50세	2,600	300	3,100	300
	60세	1,800	200	2,400	300
여 자	20세	1,900	200	2,000	200
	30세	2,200	200	2,500	300
	40세	2,500	300	3,000	300
	50세	2,300	200	3,100	300
	60세	2,200	200	3,500	400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,500	3,300	3,900	3,700
3년	3,500	3,000	3,900	3,500
5년	3,500	2,900	3,900	3,300
10년	3,500	2,500	3,900	3,000
15년	3,500	2,100	3,900	2,800
20년	3,500	1,700	3,900	2,600
40년	3,500	0	3,900	3,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800	3,300	4,800	3,700
3년	4,800	3,000	4,800	3,600
5년	4,800	2,900	4,800	3,400
10년	4,800	2,500	4,800	3,200
15년	4,800	2,100	4,800	3,000
20년	4,800	1,700	4,800	2,800
40년	4,800	0	4,800	4,800

◆ 외모상해수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	225,500	1,700	236,300	1,800
	30세	213,000	1,600	228,600	1,800
	40세	181,300	1,400	201,800	1,700
	50세	135,600	1,100	160,500	1,600
	60세	79,700	700	105,800	1,500
여 자	20세	135,600	1,000	146,400	1,200
	30세	129,700	1,000	145,600	1,200
	40세	114,200	900	136,400	1,200
	50세	82,100	600	108,500	1,100
	60세	49,000	400	77,700	1,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	181,300	168,700	201,800	189,000
3년	181,300	161,100	201,800	183,200
5년	181,300	152,700	201,800	176,800
10년	181,300	128,800	201,800	158,600
15년	181,300	102,400	201,800	139,600
20년	181,300	75,700	201,800	122,900
40년	181,300	0	201,800	201,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	16,800	0	20,400	0
3년	50,400	3,700	61,200	12,000
5년	84,000	12,000	102,000	28,000
10년	168,000	26,000	204,000	62,300
15년	252,000	45,500	306,000	107,500
20년	336,000	75,700	408,000	171,200
40년	336,000	0	408,000	408,000

◆ 암수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	88,900	700	93,200	700
	30세	129,200	1,000	138,600	1,100
	40세	183,200	1,400	204,100	1,700
	50세	245,500	2,000	290,600	2,800
	60세	272,500	2,400	361,500	5,200
여 자	20세	80,700	600	87,100	700
	30세	110,000	800	123,500	1,000
	40세	131,600	1,000	157,100	1,400
	50세	134,700	1,000	178,000	1,900
	60세	120,000	1,000	190,100	3,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	183,200	179,900	204,100	200,500
3년	183,200	191,700	204,100	214,000
5년	183,200	203,800	204,100	228,100
10년	183,200	233,200	204,100	263,300
15년	183,200	251,600	204,100	289,300
20년	183,200	258,900	204,100	306,600
40년	183,200	0	204,100	204,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	16,800	5,000	20,400	5,700
3년	50,400	32,600	61,200	40,600
5년	84,000	61,600	102,000	77,200
10년	168,000	129,200	204,000	165,300
15년	252,000	194,100	306,000	255,900
20년	336,000	258,900	408,000	354,300
40년	336,000	0	408,000	408,000

◆ 뇌출혈수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	20세	4,200	-	4,400	-
	30세	5,900	100	6,300	100
	40세	7,800	100	8,600	100
	50세	9,000	100	10,600	200
	60세	8,700	100	11,500	200
여 자	20세	4,100	-	4,400	-
	30세	5,800	100	6,600	100
	40세	8,200	100	9,800	100
	50세	10,200	100	13,400	200
	60세	10,300	100	16,300	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	7,800	7,500	8,600	8,400
3년	7,800	7,800	8,600	8,700
5년	7,800	8,000	8,600	9,000
10년	7,800	8,500	8,600	9,800
15년	7,800	8,700	8,600	10,300
20년	7,800	8,300	8,600	10,300
40년	7,800	0	8,600	8,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	600	1,200	500
3년	3,600	2,200	3,600	2,500
5년	6,000	4,000	6,000	4,700
10년	12,000	8,500	12,000	10,300
15년	12,000	8,700	12,000	10,900
20년	12,000	8,300	12,000	11,100
40년	12,000	0	12,000	12,000

◆ 급성심근경색증수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
남 자	20세	3,700	100	3,900	100
	30세	5,400	100	5,800	100
	40세	7,700	200	8,500	200
	50세	9,300	200	11,100	300
	60세	9,400	200	12,400	300
여 자	20세	2,300	-	2,500	-
	30세	3,300	100	3,700	100
	40세	4,900	100	5,800	100
	50세	6,900	200	9,100	200
	60세	8,700	200	13,700	400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	7,700	7,500	8,500	8,300
3년	7,700	7,900	8,500	8,800
5년	7,700	8,200	8,500	9,200
10년	7,700	8,900	8,500	10,100
15년	7,700	9,200	8,500	10,800
20년	7,700	8,900	8,500	10,900
40년	7,700	0	8,500	8,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	1,300	2,400	1,800
3년	7,200	4,700	7,200	5,600
5년	12,000	8,200	12,000	9,600
10년	12,000	8,900	12,000	10,600
15년	12,000	9,200	12,000	11,400
20년	12,000	8,900	12,000	11,700
40년	12,000	0	12,000	12,000

◆ 중증간경화수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	2,500	300	2,600	300
	30세	3,600	400	3,900	400
	40세	4,700	500	5,200	600
	50세	4,400	500	5,200	600
	60세	3,000	300	4,000	500
여 자	20세	900	100	1,000	100
	30세	1,300	100	1,500	200
	40세	1,800	200	2,100	200
	50세	2,100	200	2,800	300
	60세	1,800	200	2,800	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,700	4,500	5,200	5,000
3년	4,700	4,500	5,200	5,100
5년	4,700	4,500	5,200	5,100
10년	4,700	4,200	5,200	5,000
15년	4,700	3,600	5,200	4,500
20년	4,700	2,800	5,200	4,000
40년	4,700	0	5,200	5,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,000	4,500	7,200	5,200
3년	6,000	4,500	7,200	5,300
5년	6,000	4,500	7,200	5,400
10년	6,000	4,200	7,200	5,300
15년	6,000	3,600	7,200	4,900
20년	6,000	2,800	7,200	4,500
40년	6,000	0	7,200	7,200

◆ 중증신부전증수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	800	100	900	100
	30세	900	100	900	100
	40세	700	100	800	100
	50세	500	-	600	100
	60세	200	-	200	-
여 자	20세	600	-	600	100
	30세	600	100	700	100
	40세	600	-	700	100
	50세	400	-	500	-
	60세	100	-	100	-

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	700	700	800	800
3년	700	600	800	700
5년	700	600	800	700
10년	700	500	800	600
15년	700	300	800	500
20년	700	200	800	400
40년	700	0	800	800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	700	1,200	800
3년	1,200	600	1,200	800
5년	1,200	600	1,200	700
10년	1,200	500	1,200	700
15년	1,200	300	1,200	500
20년	1,200	200	1,200	500
40년	1,200	0	1,200	1,200

◆ 중증폐질환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	400	-	500	-
	30세	600	100	700	100
	40세	900	100	1,000	100
	50세	1,300	100	1500	200
	60세	1,600	200	2,200	200
여 자	20세	200	-	200	-
	30세	300	-	300	-
	40세	400	-	500	-
	50세	600	-	700	100
	60세	700	100	1,100	100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	900	900	1,000	1,000
3년	900	1,000	1,000	1,100
5년	900	1,000	1,000	1,200
10년	900	1,200	1,000	1,400
15년	900	1,400	1,000	1,600
20년	900	1,600	1,000	1,800
40년	900	0	1,000	1,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	900	1,200	1,000
3년	1,200	1,000	1,200	1,100
5년	1,200	1,000	1,200	1,200
10년	1,200	1,200	1,200	1,400
15년	1,200	1,400	1,200	1,600
20년	1,200	1,600	1,200	1,800
40년	1,200	0	1,200	1,200

◆ 3대질병수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	96,900	700	101,500	800
	30세	140,500	1,100	150,800	1,200
	40세	198,700	1,500	221,200	1,900
	50세	263,800	2,100	312,300	3,000
	60세	290,600	2,600	385,500	5,500
여 자	20세	87,100	700	94,000	800
	30세	119,100	900	133,700	1,100
	40세	144,600	1,100	172,700	1,500
	50세	151,800	1,200	200,600	2,100
	60세	139,000	1,100	220,200	3,800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	198,700	194,900	221,200	217,200
3년	198,700	207,300	221,200	231,600
5년	198,700	220,000	221,200	246,400
10년	198,700	250,600	221,200	283,200
15년	198,700	269,500	221,200	310,300
20년	198,700	276,000	221,200	327,800
40년	198,700	0	221,200	221,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	18,000	5,400	22,800	7,200
3년	54,000	35,000	68,400	44,900
5년	90,000	65,800	114,000	84,400
10년	180,000	137,900	228,000	179,000
15년	270,000	207,100	342,000	276,700
20년	360,000	276,000	456,000	382,700
40년	360,000	0	456,000	456,000

◆ 중대질병수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	99,800	800	104,600	800
	30세	144,700	1,100	155,300	1,200
	40세	203,900	1,600	227,000	1,900
	50세	268,700	2,200	318,000	3,100
	60세	294,100	2,600	390,200	5,600
여 자	20세	85,700	600	92,500	700
	30세	117,700	900	132,100	1,100
	40세	143,900	1,100	171,900	1,500
	50세	152,000	1,200	200,900	2,100
	60세	139,800	1,100	221,400	3,800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	203,900	199,900	227,000	222,800
3년	203,900	212,400	227,000	237,200
5년	203,900	225,000	227,000	252,100
10년	203,900	255,300	227,000	288,700
15년	203,900	273,600	227,000	315,400
20년	203,900	279,400	227,000	332,500
40년	203,900	0	227,000	227,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	19,200	5,100	22,800	6,300
3년	57,600	35,400	68,400	44,400
5년	96,000	66,800	114,000	84,500
10년	192,000	139,600	228,000	180,000
15년	288,000	209,500	342,000	278,700
20년	384,000	279,400	456,000	386,100
40년	384,000	0	456,000	456,000

◆ 질병수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	406,200	3,100	425,600	3,300
	30세	552,800	4,200	593,300	4,800
	40세	747,800	5,700	832,700	7,100
	50세	951,500	7,600	1,126,200	10,900
	60세	1,052,500	9,400	1,396,500	19,900
여 자	20세	644,400	4,800	695,600	5,600
	30세	787,300	5,900	883,900	7,400
	40세	866,500	6,500	1,034,700	9,300
	50세	865,100	6,600	1,143,300	12,000
	60세	753,500	6,000	1,193,600	20,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	747,800	730,200	832,700	814,200
3년	747,800	769,900	832,700	861,100
5년	747,800	809,400	832,700	908,500
10년	747,800	903,900	832,700	1,026,600
15년	747,800	978,500	832,700	1,132,000
20년	747,800	999,900	832,700	1,194,700
40년	747,800	0	832,700	832,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	68,400	16,500	85,200	22,800
3년	205,200	121,000	255,600	157,200
5년	342,000	229,000	426,000	297,500
10년	684,000	479,500	852,000	632,400
15년	1,026,000	743,600	1,278,000	1,003,200
20년	1,368,000	999,900	1,704,000	1,398,600
40년	1,368,000	0	1,704,000	1,704,000

◆ 5대장기이식수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,300	100	1,300	100
	30세	1,600	200	1,700	200
	40세	1,800	200	2,000	200
	50세	1,600	200	1,900	200
	60세	600	-	800	100
여 자	20세	800	100	800	100
	30세	900	100	1,000	100
	40세	900	100	1,100	100
	50세	700	100	1,000	100
	60세	200	-	400	-

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,800	1,700	2,000	1,900
3년	1,800	1,700	2,000	1,900
5년	1,800	1,700	2,000	1,900
10년	1,800	1,500	2,000	1,800
15년	1,800	1,000	2,000	1,400
20년	1,800	600	2,000	1,000
40년	1,800	0	2,000	2,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	1,700	2,400	1,900
3년	2,400	1,700	2,400	2,000
5년	2,400	1,700	2,400	2,000
10년	2,400	1,500	2,400	1,800
15년	2,400	1,000	2,400	1,500
20년	2,400	600	2,400	1,100
40년	2,400	0	2,400	2,400

◆ 대동맥류인조혈관치환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	400	-	400	-
	30세	500	-	600	-
	40세	700	100	800	100
	50세	900	100	1,000	100
	60세	900	100	1,200	100
여 자	20세	300	-	300	-
	30세	400	-	500	-
	40세	600	-	700	100
	50세	800	100	1,000	100
	60세	900	100	1,400	200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	700	700	800	800
3년	700	700	800	800
5년	700	800	800	800
10년	700	800	800	900
15년	700	900	800	1,000
20년	700	900	800	1,100
40년	700	0	800	800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	700	1,200	800
3년	1,200	700	1,200	900
5년	1,200	800	1,200	900
10년	1,200	800	1,200	1,000
15년	1,200	900	1,200	1,100
20년	1,200	900	1,200	1,200
40년	1,200	0	1,200	1,200

◆ 관상동맥우회수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	2,700	300	2,900	300
	30세	4,100	400	4,300	500
	40세	6,000	600	6,600	700
	50세	8,100	800	9,600	1,000
	60세	8,900	900	11,800	1,300
여 자	20세	800	100	900	100
	30세	1,200	100	1,400	100
	40세	1,800	200	2,200	200
	50세	2,600	300	3,400	400
	60세	3,100	300	5,000	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,000	5,900	6,600	6,500
3년	6,000	6,300	6,600	7,000
5년	6,000	6,700	6,600	7,500
10년	6,000	7,700	6,600	8,600
15년	6,000	8,400	6,600	9,600
20년	6,000	8,400	6,600	10,000
40년	6,000	0	6,600	6,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	7,200	5,900	8,400	6,700
3년	7,200	6,300	8,400	7,200
5년	7,200	6,700	8,400	7,700
10년	7,200	7,700	8,400	8,900
15년	7,200	8,400	8,400	9,900
20년	7,200	8,400	8,400	10,400
40년	7,200	0	8,400	8,400

◆ 심장판막치환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,600	200	1,600	200
	30세	2,200	200	2,300	200
	40세	2,900	300	3,300	300
	50세	3,600	400	4,300	500
	60세	3,800	400	5,100	600
여 자	20세	1,300	100	1,400	200
	30세	1,800	200	2,000	200
	40세	2,500	300	3,000	300
	50세	3,300	300	4,300	500
	60세	3,500	400	5,600	700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,900	2,900	3,300	3,200
3년	2,900	3,000	3,300	3,400
5년	2,900	3,100	3,300	3,500
10년	2,900	3,400	3,300	3,900
15년	2,900	3,700	3,300	4,300
20년	2,900	3,600	3,300	4,400
40년	2,900	0	3,300	3,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	2,900	3,600	3,200
3년	3,600	3,000	3,600	3,400
5년	3,600	3,100	3,600	3,600
10년	3,600	3,400	3,600	4,000
15년	3,600	3,700	3,600	4,400
20년	3,600	3,600	3,600	4,500
40년	3,600	0	3,600	3,600

◆ 조혈모세포이식수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,000	100	1,000	100
	30세	1,000	100	1,000	100
	40세	900	100	1,000	100
	50세	600	-	700	100
	60세	300	-	300	-
여 자	20세	800	100	900	100
	30세	800	100	900	100
	40세	700	100	900	100
	50세	600	-	700	100
	60세	200	-	300	-

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	900	800	1,000	900
3년	900	800	1,000	900
5년	900	700	1,000	800
10년	900	600	1,000	700
15년	900	400	1,000	600
20년	900	200	1,000	500
40년	900	0	1,000	1,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	800	1,200	900
3년	1,200	800	1,200	900
5년	1,200	700	1,200	900
10년	1,200	600	1,200	800
15년	1,200	400	1,200	600
20년	1,200	200	1,200	500
40년	1,200	0	1,200	1,200

◆ 당뇨병수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	20세	4,500	-	4,700	-
	30세	6,300	100	6,800	100
	40세	8,400	100	9,300	100
	50세	9,600	100	11,400	100
	60세	9,100	100	12,100	200
여 자	20세	4,000	-	4,400	-
	30세	5,700	100	6,400	100
	40세	7,900	100	9,400	100
	50세	10,300	100	13,700	200
	60세	11,400	100	18,000	300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	8,100	9,300	9,100
3년	8,400	8,500	9,300	9,500
5년	8,400	8,700	9,300	9,800
10년	8,400	9,100	9,300	10,500
15년	8,400	9,200	9,300	10,900
20년	8,400	8,700	9,300	10,900
40년	8,400	0	9,300	9,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	600	1,200	500
3년	3,600	2,500	3,600	2,700
5년	6,000	4,300	6,000	5,000
10년	12,000	9,100	12,000	10,900
15년	12,000	9,200	12,000	11,400
20년	12,000	8,700	12,000	11,500
40년	12,000	0	12,000	12,000

◆ 성인주요질환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	106,000	800	111,100	900
	30세	140,500	1,100	150,800	1,200
	40세	184,700	1,400	205,700	1,700
	50세	218,600	1,800	258,800	2,500
	60세	227,800	2,000	302,200	4,300
여 자	20세	120,400	900	130,000	1,000
	30세	163,600	1,200	183,700	1,500
	40세	222,300	1,700	265,400	2,400
	50세	290,400	2,200	383,800	4,000
	60세	334,300	2,700	529,600	9,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	184,700	179,500	205,700	200,200
3년	184,700	187,000	205,700	209,500
5년	184,700	193,900	205,700	218,300
10년	184,700	207,700	205,700	238,000
15년	184,700	216,200	205,700	254,100
20년	184,700	216,400	205,700	264,500
40년	184,700	0	205,700	205,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	16,800	3,200	20,400	3,600
3년	50,400	26,700	61,200	34,300
5년	84,000	50,500	102,000	65,900
10년	168,000	102,800	204,000	138,700
15년	252,000	158,100	306,000	219,900
20년	336,000	216,400	408,000	311,800
40년	336,000	0	408,000	408,000

◆ 여성주요질환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
여 자	20세	158,000	1,200	170,500	1,400
	30세	171,900	1,300	193,000	1,600
	40세	161,800	1,200	193,200	1,700
	50세	104,400	800	137,900	1,400
	60세	73,200	600	115,900	2,000

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	161,800	150,500	193,200	181,500
3년	161,800	141,900	193,200	175,600
5년	161,800	131,300	193,200	167,800
10년	161,800	99,200	193,200	143,800
15년	161,800	79,200	193,200	134,100
20년	161,800	69,500	193,200	137,200
40년	161,800	0	193,200	193,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	14,400	0	20,400	0
3년	43,200	1,400	61,200	13,800
5년	72,000	5,500	102,000	30,000
10년	144,000	7,300	204,000	63,200
15년	216,000	28,600	306,000	123,300
20년	288,000	69,500	408,000	212,500
40년	288,000	0	408,000	408,000

◆ 남성주요질환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	23,700	200	24,900	200
	30세	27,800	200	29,800	200
	40세	31,800	200	35,400	300
	50세	36,400	300	43,100	400
	60세	38,100	300	50,600	700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	31,800	30,600	35,400	34,200
3년	31,800	31,400	35,400	35,300
5년	31,800	32,300	35,400	36,500
10년	31,800	34,600	35,400	39,800
15년	31,800	36,100	35,400	42,600
20년	31,800	36,200	35,400	44,500
40년	31,800	0	35,400	35,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	400	3,600	500
3년	7,200	3,900	10,800	5,300
5년	12,000	7,600	18,000	10,500
10년	24,000	16,500	36,000	23,000
15년	36,000	26,100	54,000	37,100
20년	48,000	36,200	72,000	53,100
40년	48,000	0	72,000	72,000

◆ 성장기주요질환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 30세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
남 자	0세	103,500	2,300	152,200	4,100
	5세	49,900	1,100	81,900	2,400
	10세	30,800	700	58,700	1,900
여 자	0세	78,000	1,800	115,000	3,100
	5세	38,700	900	63,700	1,900
	10세	24,300	500	46,400	1,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	103,500	87,300	152,200	135,500
3년	103,500	65,600	152,200	117,700
5년	103,500	47,400	152,200	103,900
10년	103,500	29,200	152,200	98,000
15년	103,500	21,700	152,200	105,500
20년	103,500	15,600	152,200	117,700
30년	103,500	0	152,200	152,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	27,600	4,300	49,200	18,700
3년	82,800	22,500	147,600	73,800
5년	138,000	47,400	246,000	138,700
10년	138,000	29,200	246,000	140,400
15년	138,000	21,700	246,000	157,100
20년	138,000	15,600	246,000	180,700
30년	138,000	0	246,000	246,000

◆ 노인성주요질환수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	40세	198,200	1,500	220,700	1,900
	50세	236,100	1,900	279,500	2,700
	60세	246,300	2,200	326,700	4,700
여 자	40세	248,400	1,900	296,600	2,700
	50세	325,200	2,500	429,800	4,500
	60세	374,400	3,000	593,100	10,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	198,200	192,600	220,700	214,900
3년	198,200	201,100	220,700	225,200
5년	198,200	208,700	220,700	235,000
10년	198,200	224,300	220,700	256,800
15년	198,200	233,900	220,700	274,600
20년	198,200	233,900	220,700	285,600
40년	198,200	0	220,700	220,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	18,000	3,600	22,800	5,600
3년	54,000	29,100	68,400	39,100
5년	90,000	54,900	114,000	73,600
10년	180,000	111,900	228,000	153,000
15년	270,000	171,700	342,000	241,300
20년	360,000	233,900	456,000	340,600
40년	360,000	0	456,000	456,000

◆ 양성뇌종양수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	20세	1,800	200	1,900	200
	30세	2,100	200	2,300	200
	40세	2,400	200	2,600	300
	50세	2,700	300	3,200	300
	60세	2,500	300	3,300	400
여 자	20세	3,000	300	3,300	300
	30세	3,800	400	4,200	500
	40세	4,600	500	5,500	600
	50세	4,900	500	6,500	700
	60세	3,900	400	6,200	800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	2,300	2,600	2,500
3년	2,400	2,300	2,600	2,600
5년	2,400	2,400	2,600	2,700
10년	2,400	2,500	2,600	2,900
15년	2,400	2,500	2,600	3,000
20년	2,400	2,300	2,600	3,000
40년	2,400	0	2,600	2,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	2,300	3,600	2,600
3년	2,400	2,300	3,600	2,700
5년	2,400	2,400	3,600	2,800
10년	2,400	2,500	3,600	3,100
15년	2,400	2,500	3,600	3,200
20년	2,400	2,300	3,600	3,200
40년	2,400	0	3,600	3,600

5. 진단관련특약

◆ 암치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	710,400	5,300	744,400	5,800
	30세	1,023,000	7,700	1,097,800	8,800
	40세	1,422,600	10,900	1,584,100	13,500
	50세	1,821,900	14,600	2,156,500	20,900
	60세	1,916,800	17,100	2,543,200	36,200
여 자	20세	606,500	4,500	654,700	5,200
	30세	823,500	6,200	924,500	7,700
	40세	1,005,700	7,600	1,200,900	10,800
	50세	1,079,000	8,300	1,426,000	14,900
	60세	973,100	7,800	1,541,500	26,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,422,600	1,402,800	1,584,100	1,562,600
3년	1,422,600	1,488,600	1,584,100	1,662,200
5년	1,422,600	1,566,100	1,584,100	1,754,800
10년	1,422,600	1,732,300	1,584,100	1,965,800
15년	1,422,600	1,812,400	1,584,100	2,104,400
20년	1,422,600	1,740,200	1,584,100	2,110,900
40년	1,422,600	0	1,584,100	1,584,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	130,800	45,100	162,000	57,100
3년	392,400	254,100	486,000	323,000
5년	654,000	462,100	810,000	592,200
10년	1,308,000	925,000	1,620,000	1,215,500
15년	1,962,000	1,365,500	2,430,000	1,859,200
20년	2,616,000	1,740,200	3,240,000	2,498,300
40년	2,616,000	0	3,240,000	3,240,000

◆ 고액암치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	90,200	700	94,300	700
	30세	121,900	900	130,300	1,000
	40세	162,500	1,300	179,900	1,500
	50세	206,900	1,700	242,700	2,300
	60세	219,400	2,000	287,300	4,100
여 자	20세	49,800	400	53,600	400
	30세	63,900	500	71,600	600
	40세	80,200	600	95,400	900
	50세	95,300	700	125,200	1,300
	60세	94,200	800	147,900	2,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	162,500	160,200	179,900	177,400
3년	162,500	169,900	179,900	188,600
5년	162,500	179,000	179,900	199,400
10년	162,500	201,400	179,900	226,700
15년	162,500	218,600	179,900	250,300
20년	162,500	221,700	179,900	262,100
40년	162,500	0	179,900	179,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	15,600	4,900	18,000	5,800
3년	46,800	28,700	54,000	35,600
5년	78,000	52,900	90,000	66,100
10년	156,000	109,200	180,000	139,600
15년	234,000	167,500	270,000	219,800
20년	312,000	221,700	360,000	302,500
40년	312,000	0	360,000	360,000

◆ 소아암치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 30세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	0세	22,500	200	33,100	400
	5세	18,600	100	30,500	500
	10세	15,300	100	29,100	800
여 자	0세	18,700	100	27,600	300
	5세	15,200	100	24,900	400
	10세	12,000	100	22,900	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	22,500	21,800	33,100	32,300
3년	22,500	20,800	33,100	32,100
5년	22,500	19,100	33,100	31,400
10년	22,500	15,800	33,100	30,700
15년	22,500	12,300	33,100	30,500
20년	22,500	8,300	33,100	30,500
30년	22,500	0	33,100	33,100

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	100	4,800	1,600
3년	7,200	1,100	14,400	7,500
5년	12,000	1,600	24,000	13,400
10년	24,000	2,900	48,000	29,000
15년	36,000	5,300	72,000	48,600
20년	48,000	8,300	96,000	72,600
30년	48,000	0	96,000	96,000

◆ 남성3대암치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	455,500	3,400	470,900	3,600
	30세	669,400	5,100	703,700	5,600
	40세	944,700	7,400	1,019,400	8,600
	50세	1,211,600	10,300	1,366,900	13,300
	60세	1,253,000	12,200	1,548,300	22,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	944,700	932,900	1,019,400	1,006,900
3년	944,700	994,900	1,019,400	1,075,500
5년	944,700	1,053,100	1,019,400	1,140,800
10년	944,700	1,185,100	1,019,400	1,295,100
15년	944,700	1,272,500	1,019,400	1,413,000
20년	944,700	1,274,500	1,019,400	1,459,200
40년	944,700	0	1,019,400	1,019,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	88,800	31,000	103,200	36,400
3년	266,400	176,000	309,600	208,100
5년	444,000	321,700	516,000	382,300
10년	888,000	650,000	1,032,000	787,100
15년	1,332,000	974,400	1,548,000	1,211,300
20년	1,776,000	1,274,500	2,064,000	1,648,500
40년	1,776,000	0	2,064,000	2,064,000

◆ 여성3대암치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
여 자	20세	209,600	1,600	225,000	1,800
	30세	287,500	2,200	320,200	2,700
	40세	320,100	2,500	377,900	3,400
	50세	258,900	2,000	337,500	3,600
	60세	158,500	1,300	247,600	4,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	320,100	312,700	377,900	369,900
3년	320,100	312,000	377,900	374,200
5년	320,100	302,900	377,900	370,500
10년	320,100	265,200	377,900	348,800
15년	320,100	218,700	377,900	322,500
20년	320,100	167,000	377,900	296,200
40년	320,100	0	377,900	377,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	30,000	6,700	40,800	10,800
3년	90,000	33,500	122,400	58,800
5년	150,000	53,500	204,000	101,800
10년	300,000	82,300	408,000	191,200
15년	450,000	117,600	612,000	302,000
20년	600,000	167,000	816,000	446,000
40년	600,000	0	816,000	816,000

◆ 항암치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	47,600	400	49,900	400
	30세	68,700	500	73,700	600
	40세	95,700	700	106,600	900
	50세	122,800	1,000	145,300	1,400
	60세	128,200	1,100	170,100	2,400
여 자	20세	38,400	300	41,500	300
	30세	52,300	400	58,800	500
	40세	64,200	500	76,600	700
	50세	68,800	500	91,000	1,000
	60세	61,600	500	97,600	1,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	95,700	94,400	106,600	105,200
3년	95,700	100,400	106,600	112,100
5년	95,700	106,000	106,600	118,600
10년	95,700	118,400	106,600	134,100
15년	95,700	125,900	106,600	145,600
20년	95,700	123,900	106,600	148,800
40년	95,700	0	106,600	106,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	3,200	10,800	3,700
3년	25,200	17,400	32,400	21,700
5년	42,000	31,700	54,000	40,200
10년	84,000	64,100	108,000	83,300
15년	126,000	95,800	162,000	128,700
20년	168,000	123,900	216,000	174,400
40년	168,000	0	216,000	216,000

◆ 뇌출혈치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	194,600	1,500	202,800	1,600
	30세	265,000	2,000	282,100	2,300
	40세	350,000	2,700	385,000	3,300
	50세	426,900	3,500	496,100	4,800
	60세	439,600	4,000	567,700	8,000
여 자	20세	146,900	1,100	157,500	1,300
	30세	208,500	1,600	231,800	1,900
	40세	295,700	2,200	347,700	3,100
	50세	377,300	2,900	486,800	5,000
	60세	386,800	3,200	591,400	9,900

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	350,000	344,800	385,000	379,500
3년	350,000	363,500	385,000	401,200
5년	350,000	379,700	385,000	420,700
10년	350,000	417,000	385,000	468,000
15년	350,000	447,300	385,000	511,700
20년	350,000	444,400	385,000	527,000
40년	350,000	0	385,000	385,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	32,400	10,700	39,600	13,800
3년	97,200	59,800	118,800	75,400
5년	162,000	108,100	198,000	137,200
10년	324,000	218,200	396,000	282,700
15년	486,000	337,100	594,000	446,900
20년	648,000	444,400	792,000	614,300
40년	648,000	0	792,000	792,000

◆ 급성심근경색증치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	179,600	1,400	187,400	1,500
	30세	255,900	1,900	272,800	2,200
	40세	323,300	2,500	356,400	3,000
	50세	345,000	2,800	402,700	3,900
	60세	321,300	2,900	418,200	6,000
여 자	20세	67,600	500	72,700	600
	30세	98,100	700	109,500	900
	40세	137,000	1,000	162,200	1,400
	50세	179,900	1,400	234,700	2,400
	60세	209,400	1,700	324,900	5,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	323,300	317,600	356,400	350,500
3년	323,300	329,300	356,400	365,000
5년	323,300	336,200	356,400	375,100
10년	323,300	342,800	356,400	391,300
15년	323,300	340,300	356,400	401,500
20년	323,300	327,500	356,400	405,900
40년	323,300	0	356,400	356,400

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	30,000	9,000	36,000	10,600
3년	90,000	48,700	108,000	62,000
5년	150,000	85,100	180,000	111,100
10년	300,000	158,800	360,000	218,200
15년	450,000	238,200	540,000	340,300
20년	600,000	327,500	720,000	485,900
40년	600,000	0	720,000	720,000

◆ 중증간경화치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	152,000	1,100	158,700	1,200
	30세	220,600	1,700	235,400	1,900
	40세	288,100	2,200	318,200	2,700
	50세	318,100	2,600	372,200	3,600
	60세	253,300	2,300	331,100	4,700
여 자	20세	28,800	200	31,000	200
	30세	40,400	300	45,300	400
	40세	57,300	400	68,200	600
	50세	72,600	600	95,500	1,000
	60세	77,400	600	121,800	2,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	288,100	283,600	318,200	313,400
3년	288,100	297,300	318,200	329,700
5년	288,100	307,300	318,200	342,500
10년	288,100	317,800	318,200	361,700
15년	288,100	299,600	318,200	355,000
20년	288,100	262,500	318,200	333,600
40년	288,100	0	318,200	318,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	26,400	8,700	32,400	10,500
3년	79,200	47,400	97,200	59,900
5년	132,000	83,800	162,000	107,900
10년	264,000	154,200	324,000	208,700
15년	396,000	208,800	486,000	302,200
20년	528,000	262,500	648,000	407,300
40년	528,000	0	648,000	648,000

◆ 중증신부전증치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	66,300	500	69,400	500
	30세	90,000	700	96,300	800
	40세	112,300	900	124,700	1,100
	50세	124,700	1,000	146,900	1,400
	60세	110,900	1,000	146,100	2,100
여 자	20세	54,200	400	58,400	500
	30세	72,900	500	81,600	700
	40세	89,300	700	106,200	1,000
	50세	95,100	700	125,100	1,300
	60세	76,400	600	120,300	2,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	112,300	110,400	124,700	122,600
3년	112,300	114,900	124,700	128,200
5년	112,300	118,300	124,700	132,700
10년	112,300	123,500	124,700	141,400
15년	112,300	122,400	124,700	144,900
20년	112,300	113,600	124,700	142,300
40년	112,300	0	124,700	124,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	10,800	3,000	13,200	4,800
3년	32,400	17,300	39,600	23,600
5년	54,000	31,100	66,000	42,100
10년	108,000	59,700	132,000	83,300
15년	162,000	87,100	198,000	126,700
20년	216,000	113,600	264,000	174,200
40년	216,000	0	264,000	264,000

◆ 중증폐질환치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
남 자	20세	7,200	200	7,600	200
	30세	10,200	200	11,000	300
	40세	14,300	300	15,900	400
	50세	19,300	400	22,800	600
	60세	22,700	500	30,100	800
여 자	20세	3,600	100	3,900	100
	30세	4,700	100	5,300	100
	40세	6,200	100	7,400	200
	50세	8,100	200	10,700	300
	60세	9,400	200	14,800	400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	14,300	14,100	15,900	15,700
3년	14,300	15,100	15,900	16,800
5년	14,300	16,100	15,900	18,000
10년	14,300	18,600	15,900	21,000
15년	14,300	21,100	15,900	24,000
20년	14,300	22,600	15,900	26,300
40년	14,300	0	15,900	15,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,600	2,600	4,800	3,200
3년	10,800	9,100	14,400	10,800
5년	18,000	16,100	24,000	18,900
10년	18,000	18,600	24,000	22,200
15년	18,000	21,100	24,000	25,500
20년	18,000	22,600	24,000	28,200
40년	18,000	0	24,000	24,000

◆ 중대한화상및부식치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
남 자	20세	9,700	200	10,200	200
	30세	9,100	200	9,700	200
	40세	8,100	200	9,000	200
	50세	6,900	200	8,100	200
	60세	5,200	100	6,900	200
여 자	20세	4,800	100	5,100	100
	30세	4,500	100	5,000	100
	40세	4,100	100	4,900	100
	50세	3,500	100	4,700	100
	60세	2,700	-	4,400	100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,100	7,600	9,000	8,500
3년	8,100	7,400	9,000	8,400
5년	8,100	7,200	9,000	8,200
10년	8,100	6,500	9,000	7,800
15년	8,100	5,800	9,000	7,400
20년	8,100	5,000	9,000	7,100
40년	8,100	0	9,000	9,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,400	1,100	2,400	1,300
3년	7,200	4,000	7,200	4,800
5년	12,000	7,200	12,000	8,600
10년	12,000	6,500	12,000	8,300
15년	12,000	5,800	12,000	8,000
20년	12,000	5,000	12,000	7,800
40년	12,000	0	12,000	12,000

◆ 3대질병치료보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	1,084,600	8,100	1,136,500	8,900
	30세	1,543,900	11,700	1,656,900	13,300
	40세	2,095,800	16,100	2,333,700	19,800
	50세	2,593,700	20,800	3,070,100	29,700
	60세	2,677,700	23,900	3,552,700	50,600
여 자	20세	821,000	6,100	886,200	7,100
	30세	1,130,100	8,500	1,268,800	10,600
	40세	1,438,300	10,900	1,717,500	15,400
	50세	1,636,200	12,500	2,162,300	22,600
	60세	1,569,200	12,500	2,485,900	42,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,095,800	2,064,800	2,333,700	2,300,300
3년	2,095,800	2,179,900	2,333,700	2,435,600
5년	2,095,800	2,279,100	2,333,700	2,557,000
10년	2,095,800	2,484,600	2,333,700	2,828,600
15년	2,095,800	2,586,600	2,333,700	3,016,800
20년	2,095,800	2,490,900	2,333,700	3,036,900
40년	2,095,800	0	2,333,700	2,333,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	193,200	64,300	237,600	80,600
3년	579,600	361,200	712,800	460,500
5년	966,000	652,600	1,188,000	841,600
10년	1,932,000	1,295,200	2,376,000	1,720,100
15년	2,898,000	1,928,200	3,564,000	2,651,600
20년	3,864,000	2,490,900	4,752,000	3,602,700
40년	3,864,000	0	4,752,000	4,752,000

◆ 중대질병치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	1,125,000	8,500	1,146,800	8,800
	30세	1,597,400	12,400	1,644,300	13,000
	40세	2,145,700	17,600	2,243,700	19,200
	50세	2,619,300	24,100	2,818,700	28,600
	60세	2,672,600	29,600	3,073,800	45,300
여 자	20세	816,600	6,200	856,900	6,700
	30세	1,124,900	8,600	1,210,000	9,900
	40세	1,438,400	11,400	1,610,500	14,200
	50세	1,644,700	13,600	1,975,400	20,400
	60세	1,590,500	14,200	2,196,200	34,800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2,145,700	2,119,900	2,243,700	2,217,300
3년	2,145,700	2,243,700	2,243,700	2,350,300
5년	2,145,700	2,351,100	2,243,700	2,468,200
10년	2,145,700	2,587,600	2,243,700	2,738,400
15년	2,145,700	2,743,700	2,243,700	2,943,900
20년	2,145,700	2,749,500	2,243,700	3,027,700
40년	2,145,700	0	2,243,700	2,243,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	211,200	68,300	230,400	75,800
3년	633,600	383,400	691,200	427,700
5년	1,056,000	690,800	1,152,000	775,400
10년	2,112,000	1,367,200	2,304,000	1,562,200
15년	3,168,000	2,055,200	3,456,000	2,401,800
20년	4,224,000	2,749,500	4,608,000	3,320,800
40년	4,224,000	0	4,608,000	4,608,000

6. 골절관련특약

◆ 재해골절보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	133,100	1,000	139,400	1,100
	30세	124,100	900	133,100	1,100
	40세	111,100	900	123,700	1,100
	50세	93,800	800	111,000	1,100
	60세	71,400	600	94,800	1,400
여 자	20세	106,800	800	115,300	900
	30세	100,800	800	113,100	900
	40세	91,900	700	109,800	1,000
	50세	79,400	600	104,900	1,100
	60세	61,600	500	97,600	1,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	111,100	104,100	123,700	116,600
3년	111,100	101,100	123,700	114,600
5년	111,100	97,900	123,700	112,600
10년	111,100	89,100	123,700	107,300
15년	111,100	79,100	123,700	101,900
20년	111,100	67,900	123,700	96,800
40년	111,100	0	123,700	123,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	10,800	0	13,200	0
3년	32,400	4,500	39,600	11,100
5년	54,000	11,600	66,000	23,100
10년	108,000	26,000	132,000	50,300
15년	162,000	44,200	198,000	84,800
20년	216,000	67,900	264,000	129,600
40년	216,000	0	264,000	264,000

◆ 교통재해골절특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	61,300	500	64,200	500
	30세	57,200	400	61,300	500
	40세	51,200	400	57,000	500
	50세	43,200	300	51,100	500
	60세	32,900	300	43,700	600
여 자	20세	31,600	200	34,100	300
	30세	29,800	200	33,400	300
	40세	27,200	200	32,400	300
	50세	23,500	200	31,000	300
	60세	18,200	100	28,800	500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	51,200	48,000	57,000	53,700
3년	51,200	46,600	57,000	52,800
5년	51,200	45,100	57,000	51,900
10년	51,200	41,000	57,000	49,500
15년	51,200	36,500	57,000	47,000
20년	51,200	31,300	57,000	44,600
40년	51,200	0	57,000	57,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800	0	6,000	0
3년	14,400	2,100	18,000	4,900
5년	24,000	5,400	30,000	10,400
10년	48,000	12,000	60,000	22,900
15년	72,000	20,400	90,000	38,800
20년	96,000	31,300	120,000	59,300
40년	96,000	0	120,000	120,000

◆ 재해골절수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	148,500	1,100	155,700	1,200
	30세	149,800	1,100	160,700	1,300
	40세	153,000	1,200	170,300	1,400
	50세	143,700	1,200	170,100	1,600
	60세	123,000	1,100	163,100	2,300
여 자	20세	83,600	600	90,200	700
	30세	104,600	800	117,400	1,000
	40세	132,700	1,000	158,500	1,400
	50세	158,400	1,200	209,300	2,200
	60세	166,500	1,300	263,800	4,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	153,000	144,800	170,300	162,000
3년	153,000	143,600	170,300	162,200
5년	153,000	142,100	170,300	162,300
10년	153,000	136,600	170,300	161,700
15년	153,000	126,800	170,300	158,100
20년	153,000	116,800	170,300	156,700
40년	153,000	0	170,300	170,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	14,400	0	16,800	0
3년	43,200	10,800	50,400	17,000
5년	72,000	23,400	84,000	35,900
10년	144,000	49,800	168,000	79,200
15년	216,000	78,700	252,000	129,500
20년	288,000	116,800	336,000	195,400
40년	288,000	0	336,000	336,000

◆ 깁스치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	170,300	1,300	178,400	1,400
	30세	158,800	1,200	170,400	1,400
	40세	142,200	1,100	158,300	1,300
	50세	120,000	1,000	142,000	1,400
	60세	91,400	800	121,300	1,700
여 자	20세	117,800	900	127,200	1,000
	30세	111,200	800	124,800	1,000
	40세	101,400	800	121,100	1,100
	50세	87,500	700	115,700	1,200
	60세	68,000	500	107,700	1,900

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	142,200	133,200	158,300	149,200
3년	142,200	129,300	158,300	146,700
5년	142,200	125,200	158,300	144,100
10년	142,200	114,000	158,300	137,300
15년	142,200	101,300	158,300	130,400
20년	142,200	86,800	158,300	123,900
40년	142,200	0	158,300	158,300

o 월　납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	13,200	0	15,600	0
3년	39,600	5,900	46,800	11,600
5년	66,000	14,900	78,000	26,400
10년	132,000	33,300	156,000	60,600
15년	198,000	56,600	234,000	103,700
20년	264,000	86,800	312,000	159,800
40년	264,000	0	312,000	312,000

◆ 교통재해골절수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	19,100	100	20,100	200
	30세	19,300	100	20,700	200
	40세	19,700	200	22,000	200
	50세	18,500	100	21,900	200
	60세	15,900	100	21,000	300
여 자	20세	10,600	100	11,400	100
	30세	13,200	100	14,800	100
	40세	16,800	100	20,000	200
	50세	20,000	200	26,500	300
	60세	21,100	200	33,400	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	19,700	18,700	22,000	20,900
3년	19,700	18,500	22,000	20,900
5년	19,700	18,300	22,000	20,900
10년	19,700	17,600	22,000	20,800
15년	19,700	16,300	22,000	20,400
20년	19,700	15,100	22,000	20,200
40년	19,700	0	22,000	22,000

o 월　납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	2.400	0	2.400	200
3년	7.200	1,300	7.200	2,600
5년	12.000	3,000	12.000	5,200
10년	24.000	6,400	24.000	10,900
15년	36.000	10,100	36.000	17,600
20년	48.000	15,100	48.000	26,300
40년	48.000	0	48.000	48,000

7. 통원관련특약

◆ 통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	2,670,500	20,100	2,798,400	21,900
	30세	3,162,200	23,900	3,393,500	27,200
	40세	3,579,500	27,500	3,985,900	33,900
	50세	3,811,000	30,600	4,510,900	43,600
	60세	3,594,800	32,100	4,769,400	68,000
여 자	20세	4,029,900	30,200	4,350,000	34,800
	30세	4,632,100	34,700	5,200,500	43,300
	40세	5,128,200	38,700	6,123,700	54,900
	50세	5,445,400	41,700	7,196,300	75,300
	60세	4,981,400	39,800	7,891,500	135,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,579,500	3,433,300	3,985,900	3,835,500
3년	3,579,500	3,495,200	3,985,900	3,931,800
5년	3,579,500	3,546,800	3,985,900	4,021,400
10년	3,579,500	3,620,500	3,985,900	4,208,000
15년	3,579,500	3,595,100	3,985,900	4,329,800
20년	3,579,500	3,415,000	3,985,900	4,347,600
40년	3,579,500	0	3,985,900	3,985,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	330,000	16,600	406,800	45,800
3년	990,000	388,700	1,220,400	560,300
5년	1,650,000	768,800	2,034,000	1,094,000
10년	3,300,000	1,589,000	4,068,000	2,317,700
15년	4,950,000	2,470,400	6,102,000	3,709,600
20년	6,600,000	3,415,000	8,136,000	5,318,700
40년	6,600,000	0	8,136,000	8,136,000

◆ 재해통원보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	284,400	2,100	298,100	2,300
	30세	301,400	2,300	323,400	2,600
	40세	294,300	2,300	327,800	2,800
	50세	260,100	2,100	307,800	3,000
	60세	196,300	1,800	260,500	3,700
여 자	20세	249,400	1,900	269,200	2,200
	30세	293,600	2,200	329,600	2,700
	40세	319,300	2,400	381,300	3,400
	50세	304,600	2,300	402,500	4,200
	60세	250,300	2,000	396,500	6,800

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	294,300	277,500	327,800	310,500
3년	294,300	272,300	327,800	308,200
5년	294,300	266,300	327,800	305,300
10년	294,300	247,000	327,800	295,400
15년	294,300	220,200	327,800	280,700
20년	294,300	186,500	327,800	263,200
40년	294,300	0	327,800	327,800

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	27,600	0	33,600	0
3년	82,800	16,800	100,800	31,300
5년	138,000	37,800	168,000	64,900
10년	276,000	80,000	336,000	140,400
15년	414,000	127,800	504,000	230,200
20년	552,000	186,500	672,000	343,700
40년	552,000	0	672,000	672,000

◆ 교통재해통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	173,500	1,300	181,800	1,400
	30세	186,800	1,400	200,500	1,600
	40세	185,900	1,400	207,000	1,800
	50세	166,700	1,300	197,400	1,900
	60세	127,700	1,100	169,400	2,400
여 자	20세	163,800	1,200	176,900	1,400
	30세	191,700	1,400	215,300	1,800
	40세	211,200	1,600	252,100	2,300
	50세	205,800	1,600	271,900	2,800
	60세	166,800	1,300	264,200	4,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	185,900	175,500	207,000	196,300
3년	185,900	172,700	207,000	195,400
5년	185,900	169,400	207,000	194,000
10년	185,900	158,400	207,000	188,900
15년	185,900	141,700	207,000	179,800
20년	185,900	121,300	207,000	169,700
40년	185,900	0	207,000	207,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	16,800	0	21,600	300
3년	50,400	11,400	64,800	21,200
5년	84,000	25,100	108,000	43,100
10년	168,000	52,900	216,000	92,100
15년	252,000	83,300	324,000	149,400
20년	336,000	121,300	432,000	222,400
40년	336,000	0	432,000	432,000

◆ 암통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	102,600	800	107,500	800
	30세	144,900	1,100	155,400	1,200
	40세	198,100	1,500	220,600	1,900
	50세	251,200	2,000	297,400	2,900
	60세	265,200	2,400	351,900	5,000
여 자	20세	114,100	900	123,200	1,000
	30세	155,900	1,200	175,100	1,500
	40세	192,000	1,400	229,200	2,100
	50세	196,800	1,500	260,100	2,700
	60세	165,000	1,300	261,300	4,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	198,100	193,600	220,600	215,800
3년	198,100	204,400	220,600	228,600
5년	198,100	214,900	220,600	241,200
10년	198,100	238,700	220,600	271,200
15년	198,100	254,000	220,600	294,700
20년	198,100	252,000	220,600	303,600
40년	198,100	0	220,600	220,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	18,000	4,600	22,800	6,500
3년	54,000	32,500	68,400	42,500
5년	90,000	61,200	114,000	79,900
10년	180,000	126,200	228,000	167,400
15년	270,000	191,800	342,000	261,400
20년	360,000	252,000	456,000	358,600
40년	360,000	0	456,000	456,000

◆ 3대질병통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	25,800	200	27,000	200
	30세	36,300	300	39,000	300
	40세	49,300	400	54,900	500
	50세	61,100	500	72,300	700
	60세	62,400	600	82,800	1,200
여 자	20세	26,800	200	29,000	200
	30세	36,700	300	41,200	300
	40세	45,700	300	54,500	500
	50세	48,400	400	63,900	700
	60세	41,600	300	65,900	1,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	49,300	48,100	54,900	53,600
3년	49,300	50,600	54,900	56,600
5년	49,300	52,900	54,900	59,500
10년	49,300	58,000	54,900	66,100
15년	49,300	60,900	54,900	71,100
20년	49,300	59,300	54,900	72,100
40년	49,300	0	54,900	54,900

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,800	900	6,000	2,100
3년	14,400	7,700	18,000	10,900
5년	24,000	14,700	30,000	20,100
10년	48,000	30,100	60,000	41,300
15년	72,000	45,500	90,000	64,000
20년	96,000	59,300	120,000	87,400
40년	96,000	0	120,000	120,000

◆ 질병통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	2,358,400	17,700	2,471,500	19,300
	30세	2,826,200	21,300	3,032,900	24,300
	40세	3,245,100	24,900	3,613,500	30,700
	50세	3,511,000	28,200	4,155,800	40,200
	60세	3,365,100	30,000	4,464,700	63,600
여 자	20세	3,743,300	28,000	4,040,500	32,300
	30세	4,296,600	32,200	4,823,900	40,100
	40세	4,758,700	35,900	5,682,600	50,900
	50세	5,085,400	38,900	6,720,500	70,300
	60세	4,689,600	37,500	7,429,300	127,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,245,100	3,117,700	3,613,500	3,482,300
3년	3,245,100	3,184,500	3,613,500	3,580,400
5년	3,245,100	3,242,100	3,613,500	3,672,400
10년	3,245,100	3,335,400	3,613,500	3,868,100
15년	3,245,100	3,340,200	3,613,500	4,006,200
20년	3,245,100	3,196,800	3,613,500	4,042,300
40년	3,245,100	0	3,613,500	3,613,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	298,800	20,300	368,400	46,000
3년	896,400	368,400	1,105,200	523,100
5년	1,494,000	723,700	1,842,000	1,017,500
10년	2,988,000	1,493,800	3,684,000	2,153,300
15년	4,482,000	2,320,600	5,526,000	3,442,500
20년	5,976,000	3,196,800	7,368,000	4,920,800
40년	5,976,000	0	7,368,000	7,368,000

◆ 당뇨병통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	72,200	500	75,700	600
	30세	104,800	800	112,400	900
	40세	144,200	1,100	160,600	1,400
	50세	172,000	1,400	203,500	2,000
	60세	160,000	1,400	212,300	3,000
여 자	20세	71,700	500	77,400	600
	30세	103,800	800	116,500	1,000
	40세	145,500	1,100	173,800	1,600
	50세	186,900	1,400	247,000	2,600
	60세	192,100	1,500	304,400	5,200

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	144,200	140,500	160,600	156,700
3년	144,200	147,100	160,600	164,700
5년	144,200	153,000	160,600	172,200
10년	144,200	163,400	160,600	187,000
15년	144,200	163,400	160,600	193,000
20년	144,200	152,000	160,600	189,600
40년	144,200	0	160,600	160,600

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	13,200	2,900	16,800	4,700
3년	39,600	22,000	50,400	29,700
5년	66,000	41,100	84,000	55,200
10년	132,000	81,500	168,000	112,100
15년	198,000	118,100	252,000	169,500
20년	264,000	152,000	336,000	230,600
40년	264,000	0	336,000	336,000

◆ 성인주요질환통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	524,900	3,900	550,000	4,300
	30세	717,800	5,400	770,300	6,200
	40세	945,400	7,300	1,052,700	9,000
	50세	1,134,500	9,100	1,342,800	13,000
	60세	1,152,600	10,300	1,529,300	21,800
여 자	20세	742,500	5,600	801,500	6,400
	30세	1,020,500	7,700	1,145,700	9,500
	40세	1,372,400	10,400	1,638,800	14,700
	50세	1,713,000	13,100	2,263,800	23,700
	60세	1,774,600	14,200	2,811,300	48,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	945,400	919,600	1,052,700	1,025,800
3년	945,400	962,000	1,052,700	1,077,300
5년	945,400	1,001,000	1,052,700	1,126,300
10년	945,400	1,077,700	1,052,700	1,232,900
15년	945,400	1,113,400	1,052,700	1,307,400
20년	945,400	1,095,000	1,052,700	1,341,300
40년	945,400	0	1,052,700	1,052,700

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	87,600	17,000	108,000	25,800
3년	262,800	141,500	324,000	188,000
5년	438,000	267,300	540,000	354,500
10년	876,000	541,200	1,080,000	735,300
15년	1,314,000	816,300	1,620,000	1,145,700
20년	1,752,000	1,095,000	2,160,000	1,600,400
40년	1,752,000	0	2,160,000	2,160,000

◆ 여성주요질환통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
여 자	20세	256,900	1,900	277,300	2,200
	30세	262,900	2,000	295,200	2,500
	40세	235,500	1,800	281,200	2,500
	50세	190,600	1,500	251,900	2,600
	60세	120,800	1,000	191,300	3,300

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	235,500	220,700	281,200	265,900
3년	235,500	214,100	281,200	263,100
5년	235,500	206,500	281,200	259,500
10년	235,500	181,100	281,200	246,100
15년	235,500	145,800	281,200	225,700
20년	235,500	114,700	281,200	213,200
40년	235,500	0	281,200	281,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 여자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	21,600	0	30,000	0
3년	64,800	9,600	90,000	28,800
5년	108,000	23,400	150,000	60,300
10년	216,000	47,400	300,000	130,300
15년	324,000	72,200	450,000	211,900
20년	432,000	114,700	600,000	324,900
40년	432,000	0	600,000	600,000

◆ 남성주요질환통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	80,700	600	84,600	700
	30세	91,600	700	98,300	800
	40세	92,500	700	103,000	900
	50세	98,700	800	116,800	1,100
	60세	100,000	900	132,600	1,900

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	92,500	88,300	103,000	98,700
3년	92,500	89,500	103,000	100,800
5년	92,500	90,800	103,000	103,100
10년	92,500	93,700	103,000	108,900
15년	92,500	94,900	103,000	113,800
20년	92,500	95,000	103,000	119,100
40년	92,500	0	103,000	103,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	0	10,800	1,300
3년	25,200	9,300	32,400	14,200
5년	42,000	19,100	54,000	28,200
10년	84,000	41,300	108,000	61,000
15년	126,000	65,800	162,000	98,900
20년	168,000	95,000	216,000	145,500
40년	168,000	0	216,000	216,000

◆ 성장기주요질환통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 30세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	10년납	일시납	10년납
남 자	0세	1,256,100	15,600	1,847,500	29,900
	5세	753,400	9,400	1,235,800	22,400
	10세	402,700	5,000	767,800	17,200
여 자	0세	1,274,600	15,800	1,878,800	30,500
	5세	819,100	10,200	1,347,500	24,500
	10세	489,900	6,100	937,800	21,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,256,100	1,116,800	1,847,500	1,701,500
3년	1,256,100	920,200	1,847,500	1,553,200
5년	1,256,100	715,700	1,847,500	1,400,900
10년	1,256,100	382,500	1,847,500	1,217,300
15년	1,256,100	177,400	1,847,500	1,194,000
20년	1,256,100	94,200	1,847,500	1,333,700
30년	1,256,100	0	1,847,500	1,847,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 0세, 30세만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	187,200	0	358,800	84,700
3년	561,600	17,500	1,076,400	421,100
5년	936,000	59,800	1,794,000	790,400
10년	1,872,000	382,500	3,588,000	2,003,700
15년	1,872,000	177,400	3,588,000	2,151,800
20년	1,872,000	94,200	3,588,000	2,501,400
30년	1,872,000	0	3,588,000	3,588,000

◆ 노인성주요질환통원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	40세	853,600	6,600	950,500	8,100
	50세	1,037,400	8,300	1,227,900	11,900
	60세	1,061,800	9,500	1,408,800	20,100
여 자	40세	1,300,400	9,800	1,552,800	13,900
	50세	1,650,600	12,600	2,181,300	22,800
	60세	1,728,400	13,800	2,738,100	47,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	853,600	831,500	950,500	927,400
3년	853,600	872,300	950,500	976,500
5년	853,600	910,200	950,500	1,023,300
10년	853,600	985,500	950,500	1,125,600
15년	853,600	1,022,200	950,500	1,197,400
20년	853,600	1,008,700	950,500	1,231,100
40년	853,600	0	950,500	950,500

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	79,200	16,500	97,200	24,000
3년	237,600	131,500	291,600	173,000
5년	396,000	247,700	486,000	325,800
10년	792,000	501,100	972,000	675,400
15년	1,188,000	754,000	1,458,000	1,050,300
20년	1,584,000	1,008,700	1,944,000	1,463,600
40년	1,584,000	0	1,944,000	1,944,000

8. 의료실비관련특약

◆ 무배당 공무원입원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 1,000만원, 1년만기, 1년납, 연납, 단위 : 원)

가입나이	남자	여자
20세	34,880	33,910
30세	40,650	65,380
40세	54,350	53,540
50세	87,260	75,510
60세	154,410	123,290

■ 해약환급금 : 없음

◆ 무배당 공무원통원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 1년만기, 1년납, 연납, 단위 : 원)

가입나이	남자	여자
20세	39,020	50,170
30세	53,080	77,970
40세	76,640	95,860
50세	123,480	164,520
60세	201,570	247,870

■ 해약환급금 : 없음

◆ 입원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 10년만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	일시납	10년납
남 자	20세	332,210	4,140
	30세	430,010	5,360
	40세	783,800	9,830
	50세	1,624,090	20,730
	60세	2,931,690	38,960
여 자	20세	227,330	2,830
	30세	374,200	4,650
	40세	759,760	9,470
	50세	1,378,870	17,280
	60세	2,534,420	32,170

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 남자 40세, 10년만기, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	783,800	729,180
3년	783,800	675,270
5년	783,800	576,550
10년	783,800	0

o 월 납 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 남자 40세, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	117,960	22,780
3년	353,880	111,740
5년	589,800	166,660
10년	1,179,600	0

◆ 통원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 10년만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	일시납	10년납
남 자	20세	497,180	6,190
	30세	657,540	8,200
	40세	985,300	12,360
	50세	1,607,480	20,520
	60세	2,288,900	30,410
여 자	20세	659,850	8,200
	30세	847,310	10,540
	40세	1,297,010	16,170
	50세	2,117,500	26,540
	60세	2,867,780	36,400

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 남자 40세, 10년만기, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	985,300	916,940
3년	985,300	848,050
5년	985,300	721,250
10년	985,300	0

o 월 납 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 남자 40세, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	148,320	28,930
3년	444,960	139,650
5년	741,600	205,990
10년	1,483,200	0

◆ 재해입원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 10년만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	일시납	10년납
남 자	20세	113,280	1,410
	30세	121,550	1,520
	40세	144,060	1,810
	50세	181,350	2,320
	60세	249,810	3,320
여 자	20세	31,960	400
	30세	46,610	580
	40세	82,810	1,030
	50세	134,310	1,680
	60세	248,980	3,160

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 남자 40세, 10년만기, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	144,060	131,530
3년	144,060	116,720
5년	144,060	95,280
10년	144,060	0

o 월 납 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 남자 40세, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	21,720	1,690
3년	65,160	13,150
5년	108,600	19,940
10년	217,200	0

◆ 재해통원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 10년만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	일시납	10년납
남 자	20세	83,710	1,040
	30세	84,900	1,060
	40세	94,720	1,190
	50세	106,770	1,360
	60세	116,770	1,550
여 자	20세	47,760	590
	30세	59,550	740
	40세	87,180	1,090
	50세	121,660	1,520
	60세	149,900	1,900

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 남자 40세, 10년만기, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	94,720	87,090
3년	94,720	78,320
5년	94,720	64,580
10년	94,720	0

o 월 납 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 남자 40세, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	14,280	1,720
3년	42,840	10,210
5년	71,400	15,040
10년	142,800	0

◆ 질병입원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 10년만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	일시납	10년납
남 자	20세	218,930	2,730
	30세	308,460	3,840
	40세	639,740	8,030
	50세	1,442,740	18,420
	60세	2,681,880	35,640
여 자	20세	195,380	2,430
	30세	327,590	4,070
	40세	676,960	8,440
	50세	1,244,550	15,600
	60세	2,285,440	29,010

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 남자 40세, 10년만기, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	639,740	597,650
3년	639,740	558,550
5년	639,740	481,270
10년	639,740	0

o 월 납 (기준 : 특약보험가입금액 3,000만원, 남자 40세, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	96,360	21,060
3년	289,080	98,580
5년	481,800	146,710
10년	963,600	0

◆ 질병통원의료비특약

■ 보험료 예시 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 10년만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	일시납	10년납
남 자	20세	413,470	5,150
	30세	572,630	7,140
	40세	890,580	11,170
	50세	1,500,710	19,160
	60세	2,172,130	28,860
여 자	20세	612,090	7,610
	30세	787,760	9,800
	40세	1,209,830	15,080
	50세	1,995,840	25,010
	60세	2,717,880	34,500

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 남자 40세, 10년만기, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	890,580	829,850
3년	890,580	769,730
5년	890,580	656,670
10년	890,580	0

o 월 납 (기준 : 특약보험가입금액 10만원, 남자 40세, 10년만기, 10년납, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험료	해약환급금
1년	134,040	27,200
3년	402,120	129,440
5년	670,200	190,950
10년	1,340,400	0

9. 출산관련특약

◆ 선천이상입원특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 태아, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	순수보장형		만기환급형	
	일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	6,900	700	7,000	700
여 자	5,500	600	5,700	600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 태아, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	6,900	4,200	7,000	4,400
3년	6,900	2,000	7,000	2,200
5년	6,900	1,500	7,000	1,600
10년	6,900	1,000	7,000	1,200
15년	6,900	900	7,000	1,100
20년	6,900	800	7,000	1,100
80년	6,900	0	7,000	7,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 태아, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	8,400	4,200	8,400	4,400
3년	8,400	2,000	8,400	2,200
5년	8,400	1,500	8,400	1,700
10년	8,400	1,000	8,400	1,200
15년	8,400	900	8,400	1,200
20년	8,400	800	8,400	1,100
80년	8,400	0	8,400	8,400

◆ 선천이상수술특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 태아, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	순수보장형		만기환급형	
	일시납	1년납	일시납	1년납
남 자	31,300	3,300	32,000	3,300
여 자	24,400	2,500	25,200	2,600

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 태아, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	31,300	21,300	32,000	22,000
3년	31,300	11,400	32,000	12,100
5년	31,300	7,400	32,000	8,200
10년	31,300	4,000	32,000	4,900
15년	31,300	3,200	32,000	4,400
20년	31,300	2,900	32,000	4,300
80년	31,300	0	32,000	32,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 태아, 80세만기, 1년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	39,600	21,300	39,600	22,100
3년	39,600	11,400	39,600	12,300
5년	39,600	7,400	39,600	8,400
10년	39,600	4,000	39,600	5,200
15년	39,600	3,200	39,600	4,600
20년	39,600	2,900	39,600	4,700
80년	39,600	0	39,600	39,600

◆ 저체중아출산특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 47세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
여 자	20세	3,900	100	6,200	200
	30세	2,900	100	-	-

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 여자 20세, 47세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	3,900	3,800	6,200	6,000
3년	3,900	4,000	6,200	6,400
5년	3,900	4,000	6,200	6,500
10년	3,900	2,700	6,200	5,900
15년	3,900	1,000	6,200	4,800
20년	3,900	200	6,200	4,900
27년	3,900	0	6,200	6,200

o 월 납 (기준 : 1구좌, 여자 20세, 47세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	700	2,400	2,000
3년	3,600	2,300	7,200	5,400
5년	6,000	4,000	12,000	9,000
10년	6,000	2,700	12,000	8,800
15년	6,000	1,000	12,000	8,400
20년	6,000	200	12,000	9,300
27년	6,000	0	12,000	12,000

◆ 극소저체중아출산특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 47세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	5년납	일시납	5년납
여 자	20세	4,100	100	6,300	200
	30세	3,200	100	-	-

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 여자 20세, 47세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	4,100	3,900	6,300	6,200
3년	4,100	4,100	6,300	6,500
5년	4,100	4,100	6,300	6,700
10년	4,100	3,000	6,300	6,200
15년	4,100	1,200	6,300	5,100
20년	4,100	200	6,300	5,000
27년	4,100	0	6,300	6,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 여자 20세, 47세만기, 5년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,200	700	2,400	1,900
3년	3,600	2,400	7,200	5,500
5년	6,000	4,100	12,000	9,100
10년	6,000	3,000	12,000	9,100
15년	6,000	1,200	12,000	8,600
20년	6,000	200	12,000	9,300
27년	6,000	0	12,000	12,000

10. 간병관련특약

◆ 치매치료특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 40세, 80세만기, 단위 : 원)

구 분	남 자	여 자	비 고
일 시 납	322,300	653,800	
월 납	2,000	3,900	20년납 기준

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	322,300	203,200	653,800	443,800
3년	322,300	219,100	653,800	477,200
5년	322,300	236,300	653,800	512,600
10년	322,300	285,500	653,800	610,500
15년	322,300	344,700	653,800	720,600
20년	322,300	413,600	653,800	835,100
40년	322,300	0	653,800	0

o 월 납 (기준 : 1구좌, 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과기간	남 자		여 자	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	24,000	0	46,800	7,000
3년	72,000	32,700	140,400	83,600
5년	120,000	77,300	234,000	164,400
10년	240,000	169,800	468,000	357,500
15년	360,000	281,000	702,000	582,000
20년	480,000	413,600	936,000	835,100
40년	480,000	0	936,000	0

◆ 치매치료보장특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	86,300	600	90,000	700
	30세	128,400	1,000	136,800	1,100
	40세	190,800	1,500	210,000	1,800
	50세	283,800	2,300	329,700	3,100
	60세	415,500	3,800	533,700	7,300
여 자	20세	191,600	1,400	204,100	1,600
	30세	283,700	2,100	312,200	2,500
	40세	417,800	3,200	483,500	4,200
	50세	607,000	4,700	762,200	7,500
	60세	837,700	6,900	1,215,200	18,100

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	190,800	188,800	210,000	207,800
3년	190,800	204,500	210,000	225,100
5년	190,800	221,500	210,000	244,000
10년	190,800	270,700	210,000	298,500
15년	190,800	330,400	210,000	365,200
20년	190,800	400,500	210,000	444,700
40년	190,800	0	210,000	210,000

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	18,000	6,500	21,600	8,600
3년	54,000	38,900	64,800	47,700
5년	90,000	73,500	108,000	89,500
10년	180,000	162,500	216,000	197,600
15년	270,000	270,500	324,000	329,800
20년	360,000	400,500	432,000	491,400
40년	360,000	0	432,000	432,000

◆ 장기간병특약

■ 보험료 예시 (기준 : 1구좌, 80세만기, 단위 : 원)

성 별	가입 나이	순수보장형		만기환급형	
		일시납	20년납	일시납	20년납
남 자	20세	783,400	5,900	813,000	6,300
	30세	1,160,100	8,800	1,226,900	9,700
	40세	1,706,900	13,200	1,858,300	15,500
	50세	2,488,000	20,200	2,841,000	26,600
	60세	3,506,600	32,500	4,376,600	58,300
여 자	20세	1,520,300	11,400	1,601,300	12,500
	30세	2,252,700	16,900	2,435,700	19,600
	40세	3,323,800	25,200	3,742,100	31,600
	50세	4,851,400	37,700	5,828,700	54,800
	60세	6,780,700	58,000	9,125,300	122,700

■ 해약환급금 예시

o 일시납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	1,706,900	1,688,000	1,858,300	1,837,900
3년	1,706,900	1,824,200	1,858,300	1,986,900
5년	1,706,900	1,969,200	1,858,300	2,146,100
10년	1,706,900	2,380,100	1,858,300	2,599,500
15년	1,706,900	2,861,400	1,858,300	3,136,500
20년	1,706,900	3,399,600	1,858,300	3,750,500
40년	1,706,900	0	1,858,300	1,858,300

o 월 납 (기준 : 1구좌, 남자 40세, 80세만기, 20년납, 단위 : 원)

경과 기간	순수보장형		만기환급형	
	납입보험료	해약환급금	납입보험료	해약환급금
1년	158,400	58,400	186,000	69,600
3년	475,200	343,000	558,000	406,200
5년	792,000	645,000	930,000	764,300
10년	1,584,000	1,411,900	1,860,000	1,679,300
15년	2,376,000	2,325,100	2,790,000	2,780,500
20년	3,168,000	3,399,600	3,720,000	4,102,100
40년	3,168,000	0	3,720,000	3,720,000

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

기 질 성(器質性) 치 매 분 류 표

약관에 규정하는 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 알츠하이버병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

장기간병특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【특약내용의 변경】
① 체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 특약의 가입구좌를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제13조【해약환급금】에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)이 끝나는 날의 다음날부터 이 특약은 해지됩니다. 다만, 유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제13조【해약환급금】에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조【특약의 성립 및 소멸】제2항의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)
1. 만기급부금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)
2. 장기간병연금 : 최초의 일상생활장해상태 또는 중증치매상태로 최종 진단이 확정되었을 때(단, 1회에 한하여 지급함)
② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 장기간병연금의 경우 "일상생활장해상태“ 또는 “중증치매상태”의 두 가지 지급사유 중 최초로 발생한 지급사유에 한하여 지급합니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태” 발생시 진단 후 보험기간이 만료되더라도 진단된 날을 포함하여 90일이상 “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태”가 계속되었을 경우에

는 장기간병연금을 지급합니다.

제10조【일상생활장해상태의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “일상생활장해상태”라 함은 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해(별표3 “질병 및 재해분류표 참조)로 인하여 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서 다음 중 제1호 및 제2호에 동시에 해당되며, 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1.「이동(보행)하기」를 스스로 할 수 없는 상태

2. 다음 (가)~(라) 항목 중 한 가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태

(가) 식사하기

(나) 화장실 사용하기

(다) 목욕하기

(라) 옷입기

② 제1항에서 “스스로 할 수 없는 상태”라 함은 별표4(“일상생활 기본동작” 유형 및 “타인의 완전한 도움” 판단기준표)에서 정한 “항상 타인의 완전한 도움”이 반드시 필요한 경우를 말합니다.

③ “일상생활장해상태” 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대사자(피보험자)의 “일상생활장해상태”가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “일상생활장해상태”로 최종 진단 확정됩니다.

제11조【중증치매상태의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “중증치매상태”라 함은 보험기간 중 발생한 재해(별표2 “재해분류표” 참조) 또는 한국표준질병·사인분류 중 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병(별표5 “기질성(器質性) 치매분류표” 참조)으로 인하여 “기질성(器質性) 치매(organic dementia)상태”가 되고 이로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 “인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년) 검사 결과가 3점이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때 “CDR척도(2001년)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.

③ “중증치매상태” 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대상자(피보험자)의 “중증치매상태”가 계속되어 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “중증치매상태”로 최종 진단 확정됩니다.

④ 제1항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.

제12조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

① 체신관서는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 드리지 아니함과 동시에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험대상자(피보험자)가 고의로 자신을 해친 경우. 그러나 보험대상자(피보험자)가 정신질환 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 보험금을 받는 자(보험수익자)가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우. 그러나 그 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금의 일부 보험금을 받는 자(보험수익자)인 경우에는 그 잔액을 다른 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 보험대상자(피보험자)를 해친 경우

② 제1항 각호의 사유로 인하여 체신관서가 이 특약을 해지하거나 특약이 더 이상 효력이 없어지는 때에는 다음과 같이 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 반환합니다.
2. 제1항 제2호의 경우에는 지급하지 아니한 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 드립니다.
3. 제1항 제3호의 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환하지 아니합니다.

제13조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제14조【보험금 등의 청구시 구비서류】

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서(“일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태”에 대한 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제5장 기타의 사항

제15조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

(1구좌 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
장기간병연금	최초의 일상생활장해상태 또는 중증치매상태로 최종 진단이 확정되었을 때 (1회에 한함)	1년미만 : 150만원씩 10년 2년미만 : 350만원식 10년 2년이상 : 500만원식 10년
		(매년 보험금 지급사유 발생 해당일에 확정지급)
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	순수보장형 : 없음 만기환급형 : 이미 납입한 보험료

주) 장기간병연금의 경우 보험금을 받는 자(보험수익자)가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

"일상생활 기본동작" 유형 및 "타인의 완전한 도움" 판단기준표

약관에 규정하는 "항상 타인의 완전한 도움"이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유 형	판단방법
이동(보행)하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다. (예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다)
식사하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 식사를 전혀 할 수 없거나 현재 계속적으로 튜브나 경정맥수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다.
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계없이 다른 사람의 계속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 샤워, 목욕을 전혀 할 수 없다.
옷입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

[별표5]

기 질 성(器質性) 치 매 분 류 표

약관에 규정하는 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 알츠하이버병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

간병선지급특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 "주계약", 보험계약자는 "계약자"라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 최초의 간병선지급보험금 신청일로 합니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제3조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.
1. "주계약 보장금액"이라 함은 이 특약의 보험금 지급시 기준이 되는 금액으로 주계약 약관에서 정하는 보험금의 지급사유가 발생한 경우에 지급되는 사망보험금액의 일부 또는 전부를 말합니다.
2. "간병선지급보험금"이라 함은 최초의 간병선지급보험금 신청일(단, 신청한 날이 제10조【일상생활장해상태의 정의 및 진단확정 제3항에서 정한 일상생활장해상태의 최종 진단확정일(진단일로부터 90일) 또는 제11조【중증치매상태의 정의 및 진단확정】제3항에서 정한 중증치매상태의 최종 진단확정일(진단일로부터 90일)을 경과하지 않은 경우에는 그 최종 진단확정일을 최초의 간병선지급보험금 신청일로 봅니다. 이하 같습니다)에 주계약 보장금액의 10%, 15%, 20%에 해당하는 금액 중 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 지정한 금액을 말합니다.
3. "선지급대상보험금액"이라 함은 간병선지급보험금에 상응하는 주계약 사망보험금액으로 이 특약의 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산되며, 간병선지급보험금 신청일에 따라 달라질 수 있습니다.

제4조【예정위험률의 적용, 변경 및 보험금의 변동】
① 이 특약의 장기간병자 관련 예정위험률은 최초의 간병선지급보험금 신청일에 체신관서가 적용하고 있는 예정위험률을 적용합니다.
② 체신관서는 간병선지급보험금이 개시된 이후에도 장기간병자 관련 예정위험률의 조정이 필요한 경우에는 지식경제부장관이 정한 바에 따라 예정위험률을 변경하여 적용할 수 있습니다.
③ 제2항에 따라 예정위험률이 변경되는 경우에는 그 시점부터 제3조【용어의 정의】제3항에서 정한 선지급대상보험금액도 변경됩니다.
④ 제2항에 따라 예정위험률이 변경되는 경우에는 변경되기 15일 이전까지 간병선지급보험금이 지급된 계약에 대하여 변경사유 및 변경으로 인한 예상 선지급대상보험금액의 변동 내역 등을 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

제5조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【특약의 보험료】
이 특약의 보험료는 없습니다.

제7조【해지특약의 부활(효력회복)】
① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 일상생활장해상태 또는 중증치매상태로 최종 진단이 확정되고 간병선지급보험금을 신청하였을 때 보험대상자(피보험자)에게 간병선지급보험금을 지급합니다.(별표1 "보험금지급기준표" 참조)
② 최초의 간병선지급보험금 신청일은 주계약의 보험료 납입기간을 경과하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 만60세 이상인 경우에 한합니다.

③ 제1항에도 불구하고 간병선지급보험금 신청일이 직전 간병선지급보험금 신청일로부터 1년이 경과하지 아니한 때에는 간병선지급보험금을 지급하지 않습니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 간병선지급보험금을 지급함으로서 최초의 간병선지급보험금 신청일의 주계약 보장금액에서 선지급대상보험금액의 합계액을 차감한 금액이 최초의 간병선지급보험금 신청일의 주계약 보장금액의 20% 또는 주계약 최저가입금액보다 적게 되는 경우에는 간병선지급보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 규정에도 불구하고 간병선지급보험금이 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 해약환급금보다 적은 경우에는 간병선지급보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특약의 간병선지급보험금을 지급하는 때에는 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 또한 그 감액부분에 대한 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받아도 감액된 부분에 대하여는 지급하지 아니합니다.
④ 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑤ 이 특약의 보험금 지급에 있어서 체신관서가 정한 방법에 따라 환급금대출이 있는 경우에는 그 원리금 합계액 중 간병선지급보험금 지급시 주계약 보험가입금액의 감액비율에 해당하는 금액을 상계하고 지급합니다.

제10조【일상생활장해상태의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "일상생활장해상태"라 함은 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해(별표3 "질병 및 재해분류표 참조)로 인하여 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서 다음 중 제1호 및 제2호에 동시에 해당되며, 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
1.「이동(보행)하기」를 스스로 할 수 없는 상태
2. 다음 (가)~(라) 항목 중 한 가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태
   (가) 식사하기
   (나) 화장실 사용하기
   (다) 목욕하기
   (라) 옷입기
② 제1항에서 "스스로 할 수 없는 상태"라 함은 별표4("일상생활 기본동작" 유형 및 "타인의 완전한 도움" 판단기준표)에서 정한 "항상 타인의 완전한 도움"이 반드시 필요한 경우를 말합니다.
③ "일상생활장해상태" 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대사자(피보험자)의 "일상생활장해상태"가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 "일상생활장해상태"로 최종 진단 확정됩니다.

제11조【중증치매상태의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "중증치매상태"라 함은 보험기간 중 발생한 재해(별표2 "재해분류표" 참조) 또는 한국표준질병·사인분류 중 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병(별표5 "기질성(器質性) 치매분류표" 참조)으로 인하여 "기질성(器質性) 치매(organic dementia)상태"가 되고 이로 인하여 "인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.
② 제1항에서 정한 "인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년) 검사 결과가 3점이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 이때 "CDR척도(2001년)"는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.
③ "중증치매상태" 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야의 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 체신관서가 보험대상자(피보험자)의 "중증치매상태"가 계속되어 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 "중증치매상태"로 최종 진단 확정됩니다.
④ 제1항에도 불구하고 "정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애" 및 "알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애"는 보장대상에서 제외합니다.

제12조【보험금의 지정대리청구인】
① 보험대상자(피보험자)가 이 특약의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 미리 지정하거나 또는 제13조【지정대리청구인의 변경지정】에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)가 제16조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 체신관서의 승낙을 얻어 이 특약의 보험금을 받는 자(보험수익자)의 대리인으로서 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 보험금 청구를 할 수 있습니다. 단, 지정대리청구인은 사망시 수익자와 동일인으로 지정하도록 합니다.
1. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 호적상의 배우자
2. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 3촌 이내의 친족

② 제1항의 규정에 의하여 체신관서가 이 특약의 보험금을 받는 자(보험수익자)의 대리인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 체신관서는 이를 지급하지 아니합니다.

제13조【지정대리청구인의 변경지정】
계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정 할 수 있습니다. 이 경우 체신관서는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제14조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 제12조【보험금의 지정대리청구인】에서 정하는 지정대리청구인의 고의에 의하여 보험대상자(피보험자)가 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】에 해당된 경우에는 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】의 보험금을 지급하지 아니합니다.

제4장 보험금 지급 등의 절차

제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】
① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 사고증명서("일상생활장해상태" 또는 "중증치매상태"에 대한 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증)
4. 보험대상자(피보험자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 보험대상자(피보험자) 및 지정대리청구인의 호적등본 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 서류를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조【의료기관】 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제16조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제15조【보험금 등의 청구시 구비서류】에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 "영업일"이라 함은 토요일 또는 "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일"을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.

제5장 기타의 사항

제17조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
간병선지급보험금	일상생활장해상태 또는 중증치매상태로 최종 진단이 확정되고 간병선지급보험금을 신청하였을 때	주계약 보장금액의 10%, 15%, 20% 중 선택

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장 대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (S00-Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60-Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83-Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30-X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65-W74), 기타 불의의 호흡 위협(W75-84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U49, U80-U89)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표3]

질병 및 재해 분류표

1. 보장 대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 특약의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류 상의 (A00-Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인하여 입원한 경우
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인하여 입원한 경우
③ 마약, 습관성 의약품 및 알콜중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

(주) ( )안은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 상의 분류번호이며 제6차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

"일상생활 기본동작" 유형 및 "타인의 완전한 도움" 판단기준표

약관에 규정하는 "항상 타인의 완전한 도움"이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유 형	판단방법
이동(보행)하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다. (예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다)
식사하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 식사를 전혀 할 수 없거나 현재 계속적으로 튜브나 경정맥수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다.
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계없이 다른 사람의 계속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 샤워, 목욕을 전혀 할 수 없다.
옷입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

[별표5]

기 질 성(器質性) 치 매 분 류 표

약관에 규정하는 기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 알츠하이버병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표6]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
간병선지급보험금	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율은 주계약의 환급금대출이율을 말합니다.

(11) 전환관련특약

연금전환특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 성립 및 소멸】
① 이 특약은 이미 체결되어 있는 유효한 보험계약(부가된 특약을 포함하며, 이하 “전환전계약”이라 합니다)에 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)가 신청하고 체신관서가 승낙함으로써 이루어집니다.
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일(이하 보장개시일을 “보험계약일”로 봅니다)은 계약자가 선택한 연금지급개시일로 합니다. 이 경우 특약의 보장개시일부터 전환전계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
③ 이 특약은 계약자의 선택에 의하여 전환시 보험료를 납입한 경우에만 적용하며, 이 특약으로 전환하는 경우에는 전환시의 약관 및 전환일 현재 보험대상자(피보험자)의 나이에 의하여 계산된 보험료율을 적용합니다.
④ 제2조(보험대상자(피보험자)의 범위)에서 정한 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자(피보험자)의 범위】
이 특약의 보험대상자(피보험자)는 전환전계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제3조【계약자의 임의해지】
계약자는 연금지급이 개시된 후에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.

제4조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 연금지급개시일부터 종신까지입니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 전환전계약의 지급금의 전부를 일시에 납입하는 것으로 합니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제6조【보험금의 종류 및 지급사유】
체신관서는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 연금지급개시일부터 매년 계약해당일에 살아있을 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 생존연금을 지급합니다.(별표1 “보험금지급기준표” 참조)

제4장 보험금 지급 등의 절차

제7조【보험금 등의 청구시 구비서류】
보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서가 정한 양식)
2. 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제7조(보험금 등의 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 접수증의 교부일로부터 10영업일 이내에 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 “영업일”이라 함은 토요일 또는 “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일”을 제외한 나머지 날을 말합니다.
③ 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)과 같습니다.
④ 체신관서는 생존연금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 통지하여 드립니다.

제5장 기타의 사항

제9조【전환전계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 전환전계약 약관의 규정을 준용합니다

「 별표1 」

보 험 금 지 급 기 준 표

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
생존연금	연금지급개시일부터 매년 계약해당일에 보험대상자(피보험자)가 살아있을 때	연금지급개시일의 적립금액을 기준으로 계산한 금액을 매년 지급 (10년 보증지급)

주) 1. “연금지급개시일의 적립금액”이란 전환전계약의 해약환급금, 배당금 등의 합계액을 말합니다.
2. 생존연금은 “환급금대출이율-1%”(3%를 최저보증하며, 이하 “적립이율”이라 합니다)를 적용하여 계산되므로 환급금대출이율이 변경되면 생존연금도 달라집니다.
3. 10년의 연금보증 지급기간중 사망시에는 10년까지의 미지급된 연금액을 적립이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
4. 생존연금 지급개시 후의 환급금대출이율이 연금지급개시시점의 환급금대출이율과 계속 동일한 경우의 해당년도 생존연금은 직전년도 생존연금과 동일하나, 생존연금 지급개시 후의 환급금대출이율이 변경될 경우에는 직전년도의 생존연금과 차이가 있을 수 있습니다.
5. 연금을 매월, 3개월, 6개월로 분할하여 지급하는 경우 적립이율로 계산한 이자를 가산하여 드립니다.

[별표2]

보험금 등 지급시의 적립이율 계산

구 분		적립기간	적립이율
생존연금	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 아니한 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	적립이율
	체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)까지의 기간	적립이율
		보험기간 만기일(단, 이 특약이 더 이상의 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 효력을 가지지 아니하게 된 날)의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내 : 적립이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	보험금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간		적립이율+1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간		환급금대출이율

주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.
3. 위의 표에서 환급금대출이율, 적립이율은 이 계약의 환급금대출이율과 적립이율을 말합니다.

계약전환특약 약관

제1조 【특약의 적용】
이 특약은 보험계약자가 이미 체결되어 있는 하나 이상의 유효한 보험계약(부가된 특약을 포함하며, 이하“전환전계약”이라 합니다)을 다른 보험계약(부가된 특약을 포함하며, 이하“전환후계약”이라 합니다)으로 전환하는 경우에 적용합니다.

제2조 【전환후계약의 보장개시일】
① 보험계약자는 체신관서가 정한 절차에 따라 전환을 신청할 수 있으며, 체신관서는 전환후약관이 정한바에 따라 보장을 합니다.
② 제1항의 경우 전환전계약은 전환후계약의 보장개시일부터 더이상 효력을 가지지 아니합니다.(이하 보험계약자는 “계약자”, 전환후계약의 약관은 “전환후약관”, 전환후계약의 보장개시일은 “전환일”이라 합니다)

제3조 【전환가격】
① 전환전계약의 순보험료식 책임준비금 및 배당금 등 기타 제지급금의 합계액에서 제공제액을 뺀 금액을 전환후계약의 전환가격으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고 계약자가 전환전계약의 환급금대출원리금을 상환하지 아니하고 전환할 경우 전환전계약의 환급금대출 원리금은 전환후계약의 환급금대출원금으로 이전됩니다. 다만, 전환전계약의 환급금대출 이자 납입이 연체된 경우에는 전환 신청시 연체이자 전액을 상환하여야 합니다.
③ 전환가격은 체신관서가 정한 방법에 따라 전환후계약의 주된 계약(이하 "주계약"이라 합니다) 준비금이전부분의 순보험료식 책임준비금 또는 보험료로 충당됩니다.

제4조 【보험료의 납입 및 전환후계약의 해지】
① 전환후계약의 주계약은 전환가격으로 충당되는 “준비금이전부분”과 보험료를 납입하여야 하는 “보험료납입부분”으로 구성되며, “준비금이전부분”과 “보험료납입부분”을 하나의 계약으로 취급하여 전환후약관의 내용을 적용합니다.
② 계약자는 제1항의 보험료납입부분에 해당되는 보험료를 전환후약관이 정한 바에 따라 납입하여야 합니다.
③ 제2항에 정한 보험료납입부분의 제2회 이후의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 전환후약관이 정한 바에 따라 전환후계약을 해지합니다.

제5조 【전환후계약의 해약환급금】
전환후계약의 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 계산합니다. 이 경우 준비금이전부분의 해약환급금은 전환전계약의 순보험료식 책임준비금과 해약환급금의 차에 해당하는 금액(이하 "전환전계약의 미해약공제금"이라 합니다)이 경과기간별로 차감된 금액입니다.

제6조 【전환전계약으로의 환원】
① 전환후계약이 전환후약관에 따라 다음 중 한가지의 경우에 해당될 경우에는 그날(이하 "환원일"이라 합니다)로부터 제2조【전환후계약의 보장개시일】의 규정에 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며 전환전계약의 약관을 적용합니다.
1. 전환후계약의 청약이 철회된 경우
2. 계약자가 전환신청후 3개월 이내에 다음 사유로 인하여 전환후계약을 취소하는 경우
   가. 체신관서가 전환후계약의 약관, 이 특약의 약관 및 청약서 부본을 전달하지 아니한 때
   나. 체신관서가 전환후 약관 및 이 특약의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때
   다. 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때
   라. 체신관서가 전환설계를 위한 보험계약내용의 조회시 사전에 계약자의 서면동의를 받지 아니한 때
   마. 체신관서가 전환전·후의 상품내용을 비교한 전환안내서를 제공하지 아니하거나 그 중요내용을 설명하지 아니한 때
3. 전환후계약의 승낙이 거절된 경우
4. 전환후계약이 무효인 때
5. 보험대상자(피보험자)가 전환일부터 2년이내에 자살하거나 자신을 해침으로써 전환후약관의 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 80%이상인 장해시 전환후계약의 보험금이 지급되지 않거나 보험료의 납입이 면제되지 아니한 경우
6. 전환일전에 발생된 원인으로 인하여 전환후계약의 보험금이 지급되지 않거나 보험료의 납입이 면제되지 아니한 경우 (단, 고지의무 위반인 경우는 제외)

② 제1항의 경우 다음 제1호의 금액에서 제2호의 금액을 차감하여 잔액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고, 부족액이 있을 때에는 계약자는 그 부족액을 납입하여야 하며, 납입하지 아니한 경우에는 전환전계약으로 환원하고 환원일을 새로운 납입기일로 하여 전환전계약의 약관 규정을 적용합니다.
1. 환원일까지 납입된 보험료납입부분의 보험료합계액
2. 다음의 합계액
   가. 전환전계약이 환원일까지 계속유지된 것으로 할 때 납입되어야 할 전환전계약의 보험료 합계액
   나. 전환일로부터 환원사유가 생긴날까지 전환후계약에서 지급한 배당금 등의 제지급금 합계액

③ 제1항에 의해 환원된 전환전계약의 계약자와 전환후계약의 최종의 계약자가 다를 경우에는 전환전계약의 계약자는 전환후계약의 최종의 계약자로 변경된 것으로 하며, 전환전계약의 보험금을 받는 자(보험수익자)와 전환후계약의 최종의 보험금을 받는 자(보험수익자)가 다를 경우에는 전환전계약의 보험금을 받는 자(보험수익자)로 변경된 것으로 합니다.

제7조 【전환전계약으로의 환원 불가사유】

제6조【전환전계약으로의 환원】의 규정에 불구하고 전환후계약이 다음 각 호에 해당될 때에는 전환전계약으로 환원하여 드리지 아니하며 전환후계약의 약관규정을 적용합니다.
1. 전환후약관에 정한 보험금(생존보험금 포함)이 지급되었거나 보험료의 납입이 면제된 경우
2. 감액완납보험으로 변경되었을 때
3. 전환후계약의 계약내용이 변경된 경우(단, 계약자 및 보험금을 받는 자(보험수익자) 변경은 제외) 또는 전환후계약이 부활(효력회복)된 경우
4. 전환전계약의 보험기간이 만료된 이후에 제6조(전환전계약으로의 환원) 제1항에 정한 사유가 발생하였을 때
5. 전환후계약에 부가된 특약의 보험대상자(피보험자)가 전환전계약의 보험대상자(피보험자)가 아닌 새로이 추가된 보험대상자(피보험자)이고, 그 보험대상자(피보험자)에게 제6조【전환전계약으로의 환원】 제1항 제3호 및 제4호의 사유가 발생한 경우(이 경우 해당특약은 승낙거절 또는 무효됩니다)

제8조 【전환후약관 규정의 준용】
① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 전환후 약관규정을 따릅니다.
② 제1항에도 불구하고 고지의무 위반, 사기 등으로 전환후계약이 해지, 무효 또는 취소되어 전환후약관에 따라 이미 납입한 보험료를 지급하는 경우에 이미 납입한 보험료는 전환후계약의 준비금이전부분 해약환급금과 보험료납입부분에서 이미 납입한 보험료를 합한 금액을 말합니다.
③ 이 특약에 정한 사항과 전환후약관에서 정한 사항이 서로 다를 경우 이 특약에서 정한 사항을 우선하여 적용합니다.

(12) 서비스관련특약

비흡연자할인특약 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】
① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”라 합니다)
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
② 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【보험대상자의 자격】
이 특약의 보험대상자(피보험자)(이하 “보험대상자(피보험자)”라 합니다)는 적어도 최근 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용(이하 “흡연(吸煙)”이라 합니다)하지 아니한 자임을 체신관서에 알리고, 체신관서가 비흡연 보험대상자(피보험자)로 적격하다고 인정할 때 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 될 수 있습니다.

제3조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제4조【특약내용의 변경】
체신관서는 특약의 보험기간 중 계약자의 청구에 따라 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일내용으로 변경하여 드립니다.

제5조【계약자의 임의 해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.
② 전항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제2장 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조【보험료 할인】
이 특약이 부가된 경우에는 체신관서가 정한 방법에 따라 비흡연자할인보험료를 적용합니다.

제3장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제6조【가입 전 고지의무】
계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 청약시 “비흡연고지서”에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “고지의무”라 합니다)

제7조【고지의무 위반의 효과】
① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 고지의무를 위반한 때에는 보험금 지급사유 발생 여부에 관계없이 체신관서는 이 특약을 해지합니다. 이 경우 계약자는 해지시까지 할인받은 보험료를 체신관서에 납입하여야 합니다.
② 제1항의 경우 체신관서에서 정한 절차에 따라 흡연검사를 받고 비흡연 보험대상자(피보험자)로 판정된 경우에는 적용하지 아니합니다.

제8조【흡연상태 변경통지】
보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 30일 이상 흡연을 한 경우에는 계약자 또는 보험대상자(피보험자)는 지체없이 체신관서에 이 사실을 알리고 보험가입증서(가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

제9조【흡연상태 변경의 효과】
① 체신관서는 제8조【흡연상태 변경통지】의 통지를 받은 날로부터 할인 전 보험료를 향후 납입보험료로 적용하고, 이 특약은 장래에 향하여 해지 됩니다.
② 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 제8조【흡연상태 변경통지】의 통지의무를 30일 이상 지체하였을 경우에 체신관서는 보험금 지급사유 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.

제4장 기타의 사항

제10조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다