[별표 2-2] 우체국보험 약관

2. 상품 Ⅱ

〈 주계약 〉

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(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 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 보

험금을 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 책임보험(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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 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 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 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(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 1/20이상이 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

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) 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,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(潽助的) · 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	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. 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.
①

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 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. 노인성질환입원금부금 : 노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
4. 노인성질환수술금부금 : 노인성질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때
5. 노인성질환통원금부금 : 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 재

해 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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(후천성 면역결핍증)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 미래창조과학부장관이 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 보험대상

자(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 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 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 못하

는 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 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 1/20이상이 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]

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.
②

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 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 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 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 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 못하

는 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 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

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 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 젼혀 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.
③

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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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, 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 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 미래창조과학부장관이 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 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]

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.
④

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. 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 남

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 "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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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, 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 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 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 미래창조과학부장관이 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 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.
⑤

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 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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(후천성 면역결핍증)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 미래창조과학부장관이 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 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 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 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(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 1/20이상이 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

□ 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.

무배당 우체국아이사랑보험 약관

제1장 보험계약의 성립과 유지

제1조【보험계약의 성립】
① 우체국보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 우체국예금·보험에 관한 법률, 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 계약의 청약을 받은 경우 청약일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 30일 이내에 승낙 또는 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. 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 변경하고자 할 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.

③ 계약자가 계약의 권리의무를 제3자에게 승계하고자 할 때에는 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 제25조【해약환급금】제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
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 제25조【해약환급금】제1항에 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. 제29조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하여 체신관서가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제28조【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 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.

제10조【보험료의 자동대출납입】
① 계약자는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 의한 유예기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 체신관서가 정한 방법에 따라 신청할 수 있으며, 이 경우 제26조【환급금대출】에 의한 환급금대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 체신관서는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
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 제25조【해약환급금】제1항에 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), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.
③ 체신관서가 제2항에 의한 최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제25조【해약환급금】제1항에 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 제28조【가입자의 고지의무】및 제29조【고지의무 위반의 효과】의 규정을 준용하고 계약취소권은 제31조【사기에 의한 계약】의 규정을 준용합니다. 단, 부활(효력회복)계약의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 의미합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시 제28조【가입자의 고지의무】를 위반한 경우에는 제29조【고지의무 위반의 효과】가 적용됩니다.

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 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)

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. 만기환급금 : 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때
2. 암치료보험금 : 최초의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때(단, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 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 4일 이상 입원하였을 때
5. 주요 성장기질환 입원급부금 : 별표5(주요 성장기질환 분류표)에서 정하는 질병(이하 "주요 성장기질환"이라 합니다)으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 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 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 청약서상 계약전 고지의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
④ 제3항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제12조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑥ 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.

⑦ 암치료보험금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. 보험기간 중 피보험자가 사망하고 그 후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 암치료보험금을 지급합니다. 그러나 보험계약일의 전일 이전에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 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.

⑧ 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.

⑨ 제8항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 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 장해지급률만을 적용합니다.

⑪ 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.

⑫ 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.

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 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 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.

⑮ 제14조【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.

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 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 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제1호의 규정을 적용합니다.
3. 제2호에도 불구하고 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. 다만, 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 또는 장기입원급부금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급부금, 주요 성장기질환 입원급부금 또는 장기입원급부금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
4. 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 동일 질병 또는 재해, 동일 주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속입원기간으로 봅니다.

⑳ 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급부금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급부금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급부금을 지급합니다.

㉑ 제20항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

㉒ 주요 성장기질환 수술급부금의 경우 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 주요 성장기질환 수술급부금만을 지급합니다.

㉓ 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.

㉔ 화상치료자금 및 식중독치료자금의 경우에는 다음과 같이 합니다.

1. "계속 입원"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 화상 또는 식중독으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 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.

제16조【암, 갑상선암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표7(대상이 되는 악성신생물분류표(갑상선암 및 기타피부암 제외))에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)과 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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, 갑상선암 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, 갑상선암 및 기타피부암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조【제자리암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표9(제자리의 신생물분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암의 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 제자리암에 대한 임상학적인 진단이 제자리암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제18조【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.

제19조【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 주요성장기질환 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

제20조【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.

제21조【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.

제22조【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.

제23조【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 책임준비금을 지급합니다.
나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 경과된 후에 자살한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 그러나 그 보험수익자가 보험금 등의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
② 피보험자가 정당한 사유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 체신관서는 입원급부금, 주요 성장기 질환 입원급부금, 장기입원급부금, 화상치료자금 및 식중독치료자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제24조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 미래창조과학부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제25조【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.

제26조【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.
③ 체신관서는 보험수익자에게 환급금대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제27조【배당금 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제4장 보험계약시 가입자의 고지의무 등

제28조【가입자의 고지의무】
계약자 또는 피보험자는 계약의 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 “고지의무”라 합니다)

제29조【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 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)
5. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 모집자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.
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 제25조【해약환급금】제1항에 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.

⑦ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제30조【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 제25조【해약환급금】제1항에 의한 해약환급금을 지급합니다.

제31조【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

제32조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 보험수익자를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자를 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제1호의 경우에는 계약자로 하고, 동조 동항 제2호 내지 제11호의 경우에는 피보험자로 하며, 피보험자가 사망시는 피보험자의 상속인으로 합니다.

제33조【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.
③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제34조【주소변경 통지】
① 계약자 또는 보험수익자는 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.

제35조【보험금 지급사유 발생의 통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험금 등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제36조【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, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양 진단서(암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 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.

제37조【보험금 등의 지급】
① 체신관서는 제36조【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 제28조【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 별표14(보험금 등 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.
⑤ 체신관서가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상

되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제36조【보험금 등의 청구시 구비서류】에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 의한 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】제18항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

⑥ 체신관서는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 통지하여 드립니다.

제38조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 체신관서가 정한 방법에 따라 제14조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항 제3호에 의한 재활보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 체신관서는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

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 신용정보의이용및보호에관한법률 제16조【수집·조사 및 처리의 제한】제2항, 제32조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】, 제33조【개인신용정보의 이용】, 동법 시행령 제28조【개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의】, 개인정보보호법 제15조【개인정보의 수집·이용】, 제17조【개인정보의 제공】, 제22조【동의를 받는 방법】, 제23조【민감정보의 처리 제한】및 제24조【고유식별정보의 처리제한】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

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.

③ 체신관서는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

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

제45조【분쟁조정】

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

제46조【관할법원】

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

제47조【체신관서의 손해배상책임】
① 체신관서는 계약과 관련하여 모집자 등의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 체신관서는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 체신관서가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 체신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제48조【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="4">지 급 액</th></tr>
<tr><td>만기환급금</td><td>보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때</td><td colspan="4">순수형(1종) : 없음
일부환급형(2종) : 100만원
100%환급형(3종) : 이미 납입한 보험료</td></tr>
<tr><td rowspan="4">암치료보험금</td><td rowspan="4">최초의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되었을 때 (암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 1회에 한함)</td><td>구분
경과기간</td><td>소아암</td><td>일반암</td><td>갑상선암,
기타피부암,
제자리암,
경계성 종양</td></tr>
<tr><td>1년미만</td><td>1,500만원</td><td>900만원</td><td>90만원</td></tr>
<tr><td>2년미만</td><td>3,500만원</td><td>2,100만원</td><td>210만원</td></tr>
<tr><td>2년이상</td><td>5,000만원</td><td>3,000만원</td><td>300만원</td></tr>
<tr><td>재활보험금</td><td>재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때</td><td colspan="4">5,000만원 × 해당 장해지급률</td></tr>
<tr><td>입원급부금</td><td>질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당)</td><td colspan="4">2만원 (120일 한도)</td></tr>
<tr><td>주요 성장기질환 입원급부금</td><td>주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당)</td><td colspan="4">2만원 (120일 한도)</td></tr>
<tr><td>장기입원 급 부 금</td><td>질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 31일 이상 입원하였을 때 (30일 초과 입원일수 1일당)</td><td colspan="4">3만원 (90일 한도)</td></tr>
<tr><td>수술급부금</td><td>질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)</td><td colspan="4">1종수술 : 10만원
2종수술 : 30만원
3종수술 : 50만원
4종수술 : 100만원
5종수술 : 500만원</td></tr>
<tr><td>주요 성장기질환 수술급부금</td><td>주요 성장기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)</td><td colspan="4">50만원</td></tr>
<tr><td>골절치료자금</td><td>재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 (사고 1회당)</td><td colspan="4">30만원</td></tr>
<tr><td>화상치료자금</td><td>재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)</td><td colspan="4">20만원</td></tr>
<tr><td>식 중 독 치료자금</td><td>식중독으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 (사고 1회당)</td><td colspan="4">20만원</td></tr>
</table>

주) 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 사망당시의 책임준비금을 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 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)
  - 식량부족(X53)
  - 물부족(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 "우발적 익사 및 익수(W65-W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U99)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제7차 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 못하

는 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 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 1/20이상이 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 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제7차 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 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 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 부비동염	만성 부비동염	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) 제7차 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. 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. 갑상선암(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. 제자리암 · 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(潽助的) · 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(갑상선암 및 기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 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 흉곽내 기관의 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 기타부분의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 골수섬유증	D47.4
13. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 갑상선의 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 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. 호지킨 림프종	C81
7. 소포성 림프종	C82
8. 비소포성 림프종	C83
9. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
11. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
12. 악성 면역증식 질환	C88
13. 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
14. 림프성 백혈병	C91
15. 골수성 백혈병	C92
16. 단핵구성 백혈병	C93
17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표9]

제자리의 신생물분류표

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 제 자 리 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

주) 제7차 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011. 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. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48

주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 만성 골수증식 질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제7차 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 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 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 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) 제7차 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대 상 항 목 명	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장 감염	A04
4. 달리 분류되지 않는 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표14]

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	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.

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 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 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(자동이체 기록 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 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 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 미래창조과학부장관이 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. 다

만, 체신관서는 제11조【보험료 납입연체시 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금과 환급금대출원리금을 상계할 수 있습니다.

제20조【배당금 지급】
체신관서는 이익금이 발생한 때에는 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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)

<table>
<tr><th>지급구분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="2">지 급 액</th></tr>
<tr><td rowspan="9">학자금</td><td rowspan="9">주보험대상자(주피보험자)가 학자금 해당나이의 계약해당일에 살아있을 때</td><td>지급시기
(주피보험자 해당나이)</td><td>지급액</td></tr>
<tr><td>12세 계약해당일
(9세 이전 가입자에 한함)</td><td>50만원</td></tr>
<tr><td>15세 계약해당일</td><td>70만원</td></tr>
<tr><td>16세 계약해당일</td><td>70만원</td></tr>
<tr><td>17세 계약해당일</td><td>70만원</td></tr>
<tr><td>18세 계약해당일</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>19세 계약해당일</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>20세 계약해당일</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>21세 계약해당일</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>입원급부금</td><td>주보험대상자(주피보험자)가 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였을 때
(입원일수 1일당)</td><td colspan="2">1만원 (120일 한도)</td></tr>
</table>

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 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 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 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(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 1/20이상이 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 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.

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(자동이체 기록 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 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 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, 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 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 미래창조과학부장관이 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 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 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제31조【보험금 등의 청구시 구비서류】에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제3항에 의한 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】 제13항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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, 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 미래창조과학부장관이 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
만기급부금	보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 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 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)
  - 식량부족(X53)
  - 물부족(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 "우발적 익사 및 익수(W65-W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U99)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제7차 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

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 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 1/20이상이 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]

해약환급금 예시표

(기준 : 매월 10만원, 7년만기, 전기납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년	1,200,000	1,166,900
2년	2,400,000	2,446,570
3년	3,600,000	3,792,260
4년	4,800,000	5,207,410
5년	6,000,000	6,695,620
6년	7,200,000	8,250,700
7년	8,400,000	9,886,650

주) 1. 위 해약환급금은 5.2%(환급금대출이율 5.7%-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		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 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.

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.

⑥

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(자동이체 기록 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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(후천성 면역결핍증)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 미래창조과학부장관이 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 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 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 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(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 1/20이상이 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 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 : 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 제2호의 사망보험금 지급을 위한 보장부분 보험료로 구성되어 있으며, 계약자는 적립부분 보험료와 보장부분 보험료를 합하

여 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 아니합

니다.
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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 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. 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(자동이체 기록 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 보험

료는 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 경

우
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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액하여 드립니다.

제15조【해약환급금】
① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산하며(별표

2 “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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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.

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 미래창조과학부장관이 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 미래창조과학부장관이 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 이

내)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 미래창조과학부장관이 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.

무배당 우체국즉시연금보험 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】
이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】
이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자 : 체신관서와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험가입증서(보험증권) : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
   마. 보장계약 : 제3조【보험금의 지급사유】제2호의 사망보험금을 지급받기 위한 계약을 말합니다.
   바. 연금계약 : 제3조【보험금의 지급사유】제1호의 생존연금을 지급받기 위한 계약을 말합니다.
   사. 계약 : “보장계약”과 “연금계약”을 합하여 “계약”이라 합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   중요한 사항 : 고지의무와 관련하여 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
   다. 연금계약 적립금액 : 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 매월 1일 체신관서가 정한 신공시이율Ⅱ(이하 “신공시이율”이라 합니다)로 보험료 납입일부터 부리 적립한 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 연금개시 전 보험기간 : 거치형에서 계약일부터 연금개시나이 계약해당일의 전일까지의 기간을 말합니다.
   나. 연금개시 후 보험기간 : 즉시형은 계약일부터 종신까지, 거치형은 연금개시나이 계약해당일부터 종신까지의 기간을 말합니다.
   다. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말하며, “연금개시 전 보험기간”과 “연금개시 후 보험기간”을 합한 기간을 “보험기간”이라 합니다.
   라. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.
5. 보험료 관련 용어
   가. 보장계약 보험료 : 제3조【보험금의 지급사유】제2호의 사망보험금 지급을 위한 보험료를 말합니다.
   나. 연금계약 보험료 : 제3조【보험금의 지급사유】제1호의 생존연금 지급을 위한 보험료를 말합니다.
   다. 보험료 : “보장계약 보험료”와 “연금계약 보험료”를 합한 것으로, 계약자가 납입하는 보험료를 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】
체신관서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)
1. 연금개시 후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아 있을 때 : 생존연금
2. 보험기간(단, 종신연금형의 경우 연금개시 전 보험기간) 중 사망하였을 때 : 사망보험금

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제3조【보험금의 지급사유】의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
② 제3조【보험금의 지급사유】의 규정에도 불구하고 연금개시 전 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때 지급되는 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
③ 제3조【보험금의 지급사유】의 규정에도 불구하고 상속연금형의 경우 연금개시 후 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때 지급되는 사망보험금(이미 지급한 생존연금 포함)이 이미 납입한 보험료보다 적은 경우에는 그 차액을 추가로 지급합니다.

④ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】제2호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제5조【보험금을 지급하지 않는 사유】
체신관서는 보험기간(종신연금형의 연금개시 후 보험기간은 제외) 중 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제3조【보험금의 지급사유】제2호에서 정한 사망보험금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 제3조【보험금의 지급사유】제2호에서 정한 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】
체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 미래창조과학부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액합니다.

제7조【보험금 지급사유의 발생통지】
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

제8조【보험금의 청구】
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서양식)
2. 주민등록등본(해당년도 최초연금지급시)
3. 사고증명서(사망진단서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제3호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조【보험금의 지급절차】
① 체신관서는 제8조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 체신관서는 제3조【보험금의 지급사유】제1호에 해당하는 생존연금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표2] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제10조【보험금 받는 방법의 변경】
① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 체신관서가 정한 바에 따라 제3조【보험금의 지급사유】제2호에

따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 체신관서는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제11조【주소변경통지】
① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 체신관서에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경 내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 체신관서에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제12조【보험수익자의 지정】
이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조【보험금의 지급사유】제1호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제2호는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제13조【대표자의 지정】
① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 제1항의 대표자가 지정되지 않았거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 고지의무 등

제14조【고지의무】
계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "고지의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다.

제15조【고지의무 위반의 효과】
① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제14조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 모집자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제30조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약할 때에 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.
⑤ 제14조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
⑥ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제16조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제17조【보험계약의 성립】
① 계약은 우체국예금·보험에관한법률, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.
② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장

제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 체신관서는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험가입증서(보험증권)를 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 체신관서가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제18조【청약의 철회】
① 계약자는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 보험업감독규정 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 체신관서에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험가입증서(보험증권)를 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 체신관서가 이를 증명하여야 합니다.

제19조【계약의 체결】
① 계약자는 보장계약과 연금계약을 동시에 체결하여야 합니다.
② 계약자는 계약체결 시 다음에 정한 연금지급형태를 결정하여야 합니다.
1. 즉시형
   가. 종신연금형
   나. 상속연금형
2. 거치형
   가. 종신연금형
   나. 상속연금형

제20조【약관교부 및 설명의무 등】
① 체신관서는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 체신관서는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】
전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 체신관서가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 체신관서는 계약자에게 이미 납입한 보험료(이미 지급한 생존연금을 차감한 금액)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제21조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(이미 지급한 생존연금을 차감한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 체신관서의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알

수 있었음에도 보험료(이미 지급한 생존연금을 차감한 금액)를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. **타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.**
2. **만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.**
3. **계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.**

제22조【계약내용의 변경 등】

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

1. 납입보험료
2. 연금지급형태 및 연금개시나이
3. 계약자
4. 기타 계약의 내용

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

③ 체신관서는 계약자가 제1항 제1호에 따라 납입보험료를 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제30조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 납입보험료의 감액은 연금개시 전 보험기간에 한하여 가능하며, 납입보험료를 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 사망보험금, 생존연금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자는 제1항 제2호에 따라 연금지급형태 및 연금개시나이를 연금개시 전 보험기간 중에는 언제든지 변경할 수 있습니다. 다만, 즉시형에서 거치형 또는 거치형에서 즉시형으로의 변경은 가능하지 않습니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 체신관서는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험가입증서(보험증권) 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제23조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제21조【계약의 무효】제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2016년 4월 13일
⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제24조【계약의 소멸】

보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제25조【보험료 및 체신관서의 보장개시】

① 체신관서는 계약의 청약을 승낙하고 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 체신관서가 청약과 함께 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체로 납입하는 경우에는 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체가 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

【보장개시일】
체신관서가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 보험료를 받은 날을 말하나, 체신관서가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 보험료를 받은 경우에는 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 체신관서는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. **제14조【고지의무】에 따라 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음**

을 체신관서가 증명하는 경우
2. 제15조【고지의무 위반의 효과】를 준용하여 체신관서가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.
⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제26조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】
① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에 지급하고 제22조【계약내용의 변경 등】제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 체신관서는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 체신관서는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제27조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제30조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제21조【계약의 무효】에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제30조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 종신연금형의 경우 연금개시 후 보험기간에는 계약을 해지할 수 없으며, 서면동의를 철회할 수 없습니다.

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 제30조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제29조【신공시이율의 적용 및 공시】
① 이 계약의 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)에 대한 적립이율은 신공시이율(가입후 10년 이내에는 연단위 복리 1.5%, 10년을 초과한 경우에는 연단위 복리 1.0%를 최저보증 합니다)로 하며, 매월 1일부터 당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
② 제1항의 신공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 객관적인 외부지표금리(국고채, 회사채 및 통화안정증권 수익률과 양도성예금증서 유통수익률) 및 운용자산이익률에 대한 가중평균방법을 통해 산출된 공시기준이율에 장래 예상수익률 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.
③ 체신관서는 제1항 및 제2항에서 정한 신공시이율 및 산출방법 등을 매월 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

제30조【해약환급금】
① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표2] "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.
③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제31조【환급금대출】
① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출(이하 "환급금대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 환급금대출금과 환급금대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 체신관서는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 체신관서는 보험수익자에게 환급금대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제32조【배당금의 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제33조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 체신관서는 미래창조과학부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제34조【관할법원】
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 체신관서와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제35조【소멸시효】
보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제36조【약관의 해석】
① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 체신관서는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제37조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
모집자 등이 모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조【체신관서의 손해배상책임】
① 체신관서는 계약과 관련하여 모집자 등의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 체신관서는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 체신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 체신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제39조【개인정보보호】
① 체신관서는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 체신관서는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 체신관서는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제40조【준거법】
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

■ 즉시형

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
생존연금	종신연금형	연금개시 후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시 시의 연금계약 적립금액을 기준으로 분할계산한 연금월액을 보험계약일 이후 만1개월이 경과한 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (20년 보증지급)
	상속연금형	연금개시 후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시 시의 연금계약 적립금액을 기준으로 계산한 이자 상당액(사업비 차감)의 연금월액을 보험계약일 이후 만1개월이 경과한 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급
사망보험금	상속연금형	보험기간 중 사망하였을 때	일시납보험료의 5%와 사망 시까지의 연금계약 적립금액을 지급

주) 1. “연금계약 적립금액”이란 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 신공시이율로 보험료 납입일부터 부리 적립한 금액을 말합니다.
2. 종신연금형의 경우 생존연금 지급개시 후 20년의 보증지급기간 안에 사망시에는 20년까지의 미지급된 연금액을 매월 계약해당일에 드리거나 신공시이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
3. 신공시이율이 변경된 경우에는 변경된 날부터 변경된 신공시이율을 기준으로 적용합니다.
4. 생존연금의 계산은 신공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 신공시이율이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.

■ 거치형

지급구분		지 급 사 유	지 급 액
생존연금	종신연금형	연금개시 후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시 시의 연금계약 적립금액을 기준으로 분할계산한 연금월액을 약정한 연금개시나이 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급 (20년 보증지급)
	상속연금형	연금개시 후 보험기간 중 매년 계약해당일에 살아 있을 때	연금지급개시 시의 연금계약 적립금액을 기준으로 계산한 이자 상당액(사업비 차감)의 연금월액을 약정한 연금개시나이 계약해당일부터 매월 계약해당일에 지급
사망보험금	종신연금형	연금개시 전 보험기간 중 사망하였을 때	일시납보험료의 5%와 사망 시까지의 연금계약 적립금액을 지급
	상속연금형	보험기간 중 사망하였을 때	

주) 1. “연금계약 적립금액”이란 연금계약 순보험료(보험료에서 보장계약 보험료 및 예정사업비를 공제한 금액)를 신공시이율로 보험료 납입일부터 부리 적립한 금액을 말합니다.
2. 종신연금형의 경우 생존연금 지급개시 후 20년의 보증지급기간 안에 사망시에는 20년까지의 미지급된 연금액을 매월 계약해당일에 드리거나 신공시이율로 할인하여 일시금으로 지급할 수 있습니다.
3. 신공시이율이 변경된 경우에는 변경된 날부터 변경된 신공시이율을 기준으로 적용합니다.
4. 생존연금의 계산은 신공시이율을 적용하여 계산되기 때문에 신공시이율이 변경되면 생존연금도 변경됩니다.

[별표2]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">기 간</th><th>적 립 이 율</th></tr>
<tr><td>사망보험금</td><td colspan="2">지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>환급금대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="3">생존연금</td><td rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내</td><td>신공시이율</td></tr>
<tr><td>보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음 날 이후</td><td>1년 이내 : 신공시이율의 50%
1년 초과기간 : 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>환급금대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="2">해약환급금</td><td colspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간</td><td>1년 이내 : 신공시이율의 50%
1년 초과기간 : 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간</td><td>환급금대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 생존연금은 체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 이 계약의 신공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 신공시이율은 이 계약의 신공시이율을 말합니다.

〈 관련특약 〉

(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.

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 보험료보

다 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 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. 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 약관에 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 것으

로 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 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 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 못하

는 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 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 1/20이상이 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

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 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따

릅니다.
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 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 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 못하

는 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 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 1/20이상이 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

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 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 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 못하

는 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 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

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

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 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 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 못하

는 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 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

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

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 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 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 못하

는 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 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

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

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)

<table>
<tr><th>지급구분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="2">지 급 액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">교통재해
장해연금</td><td rowspan="4">장해분류표 중 동일한 교통재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때</td><td>100%</td><td>500만원씩 10년</td></tr>
<tr><td>80%~100%미만</td><td>300만원씩 10년</td></tr>
<tr><td>50%~80%미만</td><td>100만원씩 10년</td></tr>
<tr><td colspan="2">(매년 장해진단해당일에 확정지급)</td></tr>
<tr><td>만기급부금</td><td>보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때</td><td colspan="2">순수보장형 : 없음
만기환급형 : 이미 납입한 보험료</td></tr>
</table>

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 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 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 못하

는 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 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

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

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 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 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 못하

는 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 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

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

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 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 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 못하

는 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 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

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

(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 암입원급부금

의 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 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.

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 중증신부전증 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【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 중증신부전증 입원급부금의 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 직접 목적으로 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 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 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 조

직(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 약관에 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 봅니

다.

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 성인주요질환 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【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 성인주요질환 입원급부금의 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 여성주요질환 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【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 여성주요질환 입원급부금의 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 남성주요질환 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【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 남성주요질환 입원급부금의 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.

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.

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. 다만, 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항에서 정한 3대질병입원급부금의 경우 제10조【3대질병의 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 주계약 약관의【계약나이의 계산】에서 정한 피보험자의 나이가 15세 미만인 경우 및 제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 의한 부활(효력회복)일이 15세 계약해당일 전일 이전인 경우에는 제2항에서 정한 보장개시일을 암보장개시일로 합니다.
④ 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 피보험자가 사망하였을 경우

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】제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제13조【해약환급금】제1항에 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】제1항에 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】의 규정을 따릅니다.

제3장 보험금의 지급(체신관서의 주된 의무)

제8조【보험금의 종류 및 지급사유】
① 체신관서는 이 특약의 보험기간 중(암의 경우 암보장개시일 이후) 피보험자가 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 때에는 보험수익자에게 3대질병입원급부금(별표1 “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

② 보험료납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제9조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 청약서상 계약전 고지의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 제7조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑤ 3대질병입원급부금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
⑥ 동일 질병으로 인하여 입원을 2회 이상 한 경우(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우도 포함합니다)에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산한 후 제5항의 규정을 적용합니다.
⑦ 제6항에도 불구하고 동일 질병에 의한 입원이라도 3대질병입원급부금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 시작한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 3대질병입원급부금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 3대질병입원급부금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.
⑧ 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우에도 그 계속입원기간에 대하여는 제5항의 규정에 따라 계속 3대질병입원급부금을 지급하여 드립니다. 이 경우 "계속입원기간"이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 기간을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속입원기간으로 봅니다.
⑨ 계약자는 피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단이 확정되었을 때에는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
⑩ 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정되었으나 계약자가 제9항에서 정한 계약의 취소를 선택하지 아니한 경우, 피보험자에게 암보장개시일 이후에 제8조【보험금의 종류 및 지급사유】제1항에서 정한 3대질병입원급부금의 지급사유가 발생하더라도 해당 지급사유가 보험계약일부터 암보장개시일 전일 이전에 진단 확정된 암과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 발생한 경우 체신관서는 3대질병입원급부금을 지급하지 아니합니다. 다만, 청약일(부활(효력회복)일)부터 암보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑪ 제10항의 "암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제6조【보험료 납입연체시 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

제10조【3대질병의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "3대질병"이라 함은 별표2(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암", "갑상선암", "제자리암", "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 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 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】
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 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	보험기간 중(암의 경우 암보장개시일 이후) 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 4일 이상 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당) ※ 단, 3대질병 중 뇌출혈 및 급성심근경색증은 15세 계약해당일 이후부터 보장함	암 뇌출혈 급성심근경색증	3만원(120일 한도)
		갑상선암 기타피부암 갑상선암 경계성 종양	9천원(120일 한도)

[별표2]

3대질병의 정의 및 진단확정

1. 암

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)에 있어서 악성신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C73(갑상선의 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 흉곽내 기관의 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 기타부분의 악성신생물	C69 - C72
부신의 악성신생물	C74
기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
7. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
8. 진성 적혈구 증가증	D45
9. 골수 형성이상 증후군	D46
10. 만성 골수증식 질환	D47.1
11. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
12. 골수섬유증	D47.4
13. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 제7차 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. 갑상선암

① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)에 있어서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 갑상선암의 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 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

3. 기타피부암

① 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 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. 제자리암

① 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 다음의 질병을 말합니다.

대 상 제 자 리 의 신 생 물	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

② 갑상선암의 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 갑상선암에 대한 임상학적인 진단이 갑상선암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5. 경계성 종양

① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 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. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D48

주) 1. 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 만성 골수증식 질환(분류번호 D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(분류번호 D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌 내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

주) 제7차 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)에 있어서 다음의 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

주) 제7차 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.

(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,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 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. 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) 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,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(潽助的) · 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,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 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 외모상 해의 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(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 해당하

는 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 제신관서는 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 제신관서가 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)

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.

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,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]

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
대동맥류인조혈관치환수술급부금	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
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.

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 성장기 주요질환으로 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 약관에 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 노인성 주요질환으로 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, 신경학적검

사상 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

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 제 2007-4호, 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 약관에 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 약관에 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(PaO_2)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 경우

에는 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)

<table>
<tr><th>지급구분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="3">지 급 액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">3대질병
치료보험금</td><td rowspan="4">최초의 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성 종양, 뇌출혈 또는 급성심근경색증 각각 1회 한)</td><td>구분
경과
기간</td><td>암, 뇌출혈,
급성심근경색증</td><td>기타피부암,
상피내암,
경계성 종양</td></tr>
<tr><td>1년미만</td><td>300만원</td><td>90만원</td></tr>
<tr><td>2년미만</td><td>700만원</td><td>210만원</td></tr>
<tr><td>2년이상</td><td>1,000만원</td><td>300만원</td></tr>
<tr><td>만기급부금</td><td>보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때</td><td colspan="3">순수보장형 : 없음
만기환급형 : 이미 납입한 보험료</td></tr>
</table>

[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 약관에 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

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 발생한 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 이내에 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.

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 다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
1. 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 피보험자가 사망하였을 경우

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】제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제4조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제12조【해약환급금】제1항에 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】제1항에 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 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 드립니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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 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 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)
  - 식량부족(X53)
  - 물부족(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 "우발적 익사 및 익수(W65-W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75-W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00-U99)에 해당하는 질병

(주) ( )안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행) 상의 분류번호이며 제7차 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 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

무배당 재해치료특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 재해 : [별표2] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
   나. 중요한 사항 : 고지의무와 관련하여 체신관서가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 특약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】
체신관서는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)
1. 보험기간 중 재해로 인하여 별표3(외모상해분류표)에서 정하는 외모상해(이하 “외모상해”라 합니다)의 치료를 직접목적으로 외모수술을 받았을 때 : 외모수술자금
2. 보험기간 중 재해로 인하여 골절상태가 되었을 때 : 골절치료자금
3. 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때 : 깁스치료자금
4. 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 : 통원치료자금
5. 80세 계약해당일에 살아 있을 때 : 건강관리자금

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
② 제1항에 따라 보험료 납입이 면제된 이후 80세 계약해당일에 살아 있을 경우에는 보험료 납입기간까지 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 제3조【보험금의 지급사유】제5호에서 정한 건강관리자금을 보험수익자에게 지급합니다.
③ 제3조【보험금의 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일부터 2년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
④ 이 특약에서 “동일한 재해”의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑤ 외모수술자금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 외모수술을 받은 경우에는 1회의 외모수술자금만을 지급합니다.
⑥ 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.
⑦ 깁스치료자금의 경우, 동일한 재해로 인하여 2회 이상의 깁스(Cast)치료를 받은 경우라도 깁스치료자금은 1회만 지급합니다.
⑧ 통원치료자금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.
⑨ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】제1호에서 제4호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제5조【외모수술 및 통원의 정의와 장소】
① 이 특약에 있어서 “외모수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 재해로 인한 외모상해의 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에서 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 것[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 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.
② 이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사가 피보험자의 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조【골절의 정의】
이 특약에 있어서 “골절”이라 함은 재해로 인하여 뼈 일부의 연속성이 단절된 상태로서 별표4(골절(치아의 파절 제외) 분류표)에서 정한 골절을 말합니다.

제7조【깁스(Cast)치료의 정의】
이 특약에 있어서 “깁스(Cast)치료”라 함은 의료기관에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 강은 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.

제8조【보험금을 지급하지 않는 사유】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제9조【보험금의 청구】
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 골절진단서, 깁스치료증명서, 통원증명서, 재해사고인 경우 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】
① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 체신관서는 제3조【보험금의 지급사유】제5호에 해당하는 건강관리자금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 체신관서가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 [별표5] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”과 같이 계산합니다.
③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제11조【보험수익자의 지정】

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조【보험금의 지급사유】제5호의 경우는 계약자로 하고, 같은 조 제1호에서 제4호는 피보험자로 합니다.

제 3 관 계약자의 고지의무 등

제12조【고지의무】
계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "고지의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다.

제13조【고지의무 위반의 효과】
① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제12조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 체신관서가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 모집자 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 모집자 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
② 체신관서는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 특약의 처리결과를 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
④ 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약할 때에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 특약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액 한도액을 초과한 부분에 대해서만 특약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액 전체에 대하여 특약을 해지합니다.
⑤ 제12조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
⑥ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제14조【사기에 의한 계약】
피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 특약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 특약의 성립과 유지

제15조【특약의 성립】
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제16조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제17조【특약내용의 변경】
체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제18조【특약의 소멸】
① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제19조【특약보험료의 납입】

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

제20조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약은 해지됩니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조【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)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 6 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제22조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제23조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제23조【해약환급금】
① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표5] "보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.
③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제24조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금 지급기준표

(특약보험가입금액 1,000만원 기준)

지급구분	지 급 사 유	지 급 액
외모수술자금	재해로 인하여 외모상해의 치료를 직접목적으로 외모수술을 받았을 때(수술 1회당)	50만원
골절치료자금	재해로 인하여 골절상태가 되었을 때(사고 1회당)	20만원
깁스치료자금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 깁스(Cast)치료를 받았을 때(사고 1회당)	10만원
통원치료자금	재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때(통원 1회당)	1만원
건강관리자금	80세 계약해당일에 살아 있을 때	이미 납입한 보험료의 50%

[별표2]

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 것으로 합니다.

[별표3]

외 모 상 해 분 류 표

약관에 규정하는 외모상해는 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2010-246호, 2011. 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 포함한 머리의 표재성 손상	T00.0
- 기타 신체부위를 복합적으로 포함하는 표재성 손상	T00.8 주)
- 목을 포함한 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 으깸손상	T04.0
- 기타 복합 신체부위의 으깸손상	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 표재성 동상	T33.0
- 목의 표재성 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 않은 복합 신체부위 상해는 보장에서 제외합니다.

※ 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표4]

골절(치아의 파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아의 파절 제외)은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 이 되 는 골 절	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 제외)	S02 (S02.5는 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명의 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명의 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명의 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제7차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 약관에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

[별표5]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간		적 립 이 율
외모수술자금 골절치료자금 깁스치료자금 통원치료자금	지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		환급금대출이율
건강관리자금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 이내	예정이율
		보험기간 만기일(단, 효력이 없게 된 경우에는 효력이 없게 된 날) 다음 날 이후	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		환급금대출이율
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간		1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간		환급금대출이율

주) 1. 건강관리자금은 체신관서가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 이 특약의 예정이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

(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 발생

한 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”, “경계성 종양”, “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 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 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 조

직(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.

상해통원특약 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】
이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보험금의 지급사유】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】
이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.
1. 특약관계 관련 용어
   가. 계약자 : 체신관서와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 체신관서에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험가입증서(보험증권) : 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   재해 : [별표] 재해분류표에서 정한 재해를 말합니다.
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   가. 연단위 복리 : 체신관서가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
   나. 해약환급금 : 특약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간과 날짜 관련 용어
   가. 보험기간 : 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
   나. 영업일 : 체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 “관공서의 공휴일에 관한 규정”에 따른 공휴일을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조【보험금의 지급사유】
체신관서는 보험기간 중 피보험자가 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때 통원 1회당 특약보험가입금액의 0.1%씩을 보험수익자에게 상해통원급부금으로 지급합니다.

제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
② 제3조【보험금의 지급사유】의 규정에도 불구하고 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 보험기간이 10년 이상인 특약은 재해일부터 2년 이내, 보험기간이 10년 미만인 특약은 재해일부터 1년 이내에 그 재해로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 체신관서가 보장을 합니다.
③ 상해통원급부금은 1일 1회에 한하여 지급합니다.
④ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보험금의 지급사유】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조【의료기관】에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 체신관서가 전액 부담합니다.

제5조【통원의 정의와 장소】
이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조【보험금을 지급하지 않는 사유】
체신관서는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제3조【보험금의 지급사유】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   그러나 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에게 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제7조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서양식)
2. 사고증명서(통원증명서, 재해임을 확인할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조【보험금의 지급절차】
① 체신관서는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다. 다만, 계약자 등의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
③ 체신관서가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조【보험금 지급에 관한 세부규정】제4항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
④ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관의【고지의무 위반의 효과】와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제9조【특약의 성립】
① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 이 특약에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일합니다.

제10조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일기간까지로 합니다.

제11조【특약내용의 변경 등】
① 체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 체신관서는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 체신관서가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제17조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 단, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제12조【특약의 소멸】
① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자의 사망으로 인하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
② 제1항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제13조【특약보험료의 납입】
이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제14조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약의 보험료 납입유예기간(이하 "유예기간"이라 합니다)이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약은 해지됩니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제17조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제15조【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)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 5 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제16조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 제17조【해약환급금】제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제17조【해약환급금】
① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해약환급금을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 다음 각 호에 따라 연단위 복리로 계산합니다. 다만, 계약자 등의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있으며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
1. 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간 : 1년 이내의 기간은 이 특약의 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%
2. 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간 : 이 특약의 환급금대출이율
③ 체신관서는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제18조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표]

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

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

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ “외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)” 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함되는 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 “질병 또는 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·콘텍트렌즈 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, 콘텍트렌즈, 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·콘텍트렌즈 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, 콘텍트렌즈, 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 또

는 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·콘텍트렌즈 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, 콘텍트렌즈, 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(제신관서가 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·콘텍트렌즈 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, 콘텍트렌즈, 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, 콘텍트렌즈 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, 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
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 불구하고 보험대상자(피보험자)가 다음 각 호 및 이와 유사한 사유로 인하여 국민건강보험법의 적용을 받지 못하는 경우에

는 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, 콘텍트렌즈 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, 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
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, 콘텍트렌즈 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, 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
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【보

험금 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, 콘텍트렌즈 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, 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
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, 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

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 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, 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, 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

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 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)
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.

질병입원의료비특약 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, 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

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, 데이핑요법 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, 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

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, 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, 데이핑요법 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.

(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 제신관서는 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 제신관서가 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 제신관서는 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(제신관서가 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		
치매치료자금	최초의 "치매상태"로 최종 진단 확정 되었을 때(1회한)	1년미만	2년미만	2년이상
		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	

[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 젼혀 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 미래창조과학부장관이 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 젼혀 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) 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

(12) 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.