

목 차

◆ 보험안내서	1
◆ 보험약관	
• 무배당 알리안츠비즈플러스상해보험 약관	13
• 무배당 비즈플러스질병사망보장특약 약관	39
• 무배당 비즈플러스재해장해보장특약 약관	45
• 무배당 비즈플러스암진단특약 1종 약관	51
• 무배당 비즈플러스암진단특약 2종 약관	63
◆ 신체부위의 설명도	70

보 험 안 내 서

※ 이 안내서는 생명보험에 대해 폭넓은 이해와 올바른 보험상품 선택에 도움을 드리기 위해 금융감독원 보험업감독업무시행세칙과 생명보험 협회에서 정하는 생명보험상품통일공시기준에 따라 표준화된 양식으로 작성된 것입니다.

우리회사의 인터넷홈페이지(www.allianzlife.co.kr)의 상품공시실을 통해 생명보험의 일반적인 사항 및 판매상품의 보장내용 등을 확인할 수 있습니다.

보험안내서는 보험소비자가 경제적 여건과 필요한 보장을 고려하여 가장 적합한 생명보험상품을 가입하는데 도움을 드리며, 이미 보험을 가입하신 분께는 향후 누릴 수 있는 각종 보장과 혜택, 계약유지과정상 유의하여야 할 점등을 다시 한 번 확인해 볼 수 있는 기회를 제공할 것입니다.

생명보험은 그동안 보험소비자가 각종 위험에 대처하고 풍요로운 미래를 준비할 수 있도록 최선을 다해 왔습니다. 앞으로도 우리 알리안츠생명보험주식회사의 전 임직원은 귀하의 장래에 닥칠 수 있는 각종 다양한 위험을 보장하고, 안정된 노후를 준비할 수 있는 경제적 수단으로서 생명보험의 역할을 충실히 수행할 것을 약속드립니다.

우리 알리안츠생명보험주식회사는 진정으로 귀하의 인생의 동반자가 될 것입니다.

◆ 생명보험은 어떻게 구성되며 그 특징은 무엇인가?

생명보험은 질병, 재해, 사망 등 각종 우연한 사고에 대비하여 경제적 손실을 보전할 목적으로 공동의 위험담보를 필요로 하는 사람들이 부담금(보험료)을 납부하고 우연한 사고 발생시 약정된 금액(보험금)을 지급받는 경제적 준비수단입니다.

생명보험 계약은 **계약자**, **피보험자(보험대상자)**, **보험수익자(보험금을 받는 자)**, **보험자**로 구성됩니다.

- 계약자는 계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 피보험자(보험대상자)는 보험사고 발생의 대상이 되는 자입니다.
- 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험사고발생시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험자는 보험금 지급의무를 지는 보험회사를 말합니다.

생명보험은 타금융권과 비교하여 다음과 같은 특징이 있습니다.

★생명보험상품은 형태가 보이지 않는 무형의 상품이기 때문에 타상품과의 비교검증을 쉽게 할 수 없습니다. 따라서 보험가입자의 이해가 필요하며 보험에 대한 지식이 생명보험 가입에 영향을 미칩니다.

★구입 즉시 해당 재화의 사용에 의한 만족감을 느낄 수 있는 제조업체 상품과는 달리 생명보험상품은 불확실한 미래에 대한 보장을 주기능으로 합니다.

★생명보험상품은 상품의 구입과 동시에 효용이 발생하지 않고 추후에 사망, 상해, 만기생존 등 보험금 지급사유가 발생했을 때 효용을 인식할 수 있습니다.

★생명보험상품은 제1회 보험료 납입시점(다만, 암, 중대한 질병, 장기간병상태 등과 관련한 보장은 제외)부터 계약의 효력이 발생되어 짧게는 수년, 길게는 종신동안 계약의 효력이 지속되며 동일상품 판매를 중지한다 하더라도 기존 가입자의 계약은 소멸되지 않고 보험기간 만료시까지 효력이 계속 됩니다.

◆ 생명보험은 다양한 상품이 준비되어 있습니다.

생명보험은 고객의 필요에 맞춰 다양한 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

이 안내서에는 생명보험 상품종류에 대하여 개괄적으로 필요한 보장에 의한 분류를 중심으로 소개하고 있습니다. 따라서 보다 자세한 내용을 알고자 하시는 경우 우리 회사 고객상담실을 통하거나 모집종사자에게 직접 문의하여 확인하는 방법이 있습니다.

또한 유관기관이나 우리 회사 인터넷홈페이지의 상품공시를 이용하시면 자세한 상품내용을 확인할 수 있습니다.

※ 아래에 기재된 내용은 대표적인 생명보험 상품 및 가입시 유의사항을 설명한 것으로 회사별 상품개발 목적에 따라 아래 기재된 내용과 달라질 수 있습니다.

▶▶ 생명보험 상품의 종류 및 상품별 가입시 유의사항 ◀◀

1. 생명보험은 생존시에 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 않는 보장성보험과 그 이외의 저축성보험으로 구분되므로 보험상품 가입시 참고하시기 바랍니다.

가. **보장성보험** : 재해 및 질병 등 각종 위험보장에 적합한 상품으로 사망보험금은 물론, 입원비와 수술비등 다양한 보험금이 지급됩니다.

◆ **종신보험** : 보장기간이 평생(종신)인 상품으로 자신 과 유가족을 위한 재정설계를 할 수 있는 상품

☞ **가입시 유의사항**: 종신보험에 부가되는 대부분의 특약은 주보험과 달리 보험기간이 종신이 아니므로 가입시 특약의 보험기간(예 : 70세만기, 80세만기 등)을 확인하시기 바랍니다.

◆ **질병보험** : 암, 성인병질환 등의 각종 질병으로 인한 진단, 입원, 수술시 보험금을 지급하는 상품

◆ 장기간병보험 : 재해 또는 질병으로 항상 타인의 완전한 도움이 필요한 장기간병상태가 되었을 때, 장기간병비용을 보조하기 위한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 암, 중대한 질병 및 장기간병상태 등에 대한 보장개시일은 해당 보험약관에서 제1회 보험료납입일이 아닌 날 (예: 계약일로부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 등)로 정할 수 있으니 확인하시기 바랍니다. 이 외에도 상품마다 일정기간 동안 보장하지 않는 기간을 설정할 수 있습니다.

◆ 상해 보험 : 교통재해 및 각종사고 발생시 보험금을 지급하는 상품

☞ 가입시 유의사항 : 생명보험사가 판매하고 있는 상해보험은 피보험자(보험대상자)의 재해이외에 피보험자(보험대상자)의 책임있는 사유로 타인에게 상해 등을 입힌 경우는 보장하지 않습니다.

◆ 어린이보험 : 자녀들의 종합적인 질병 및 재해 발생시 보험금을 지급하는 상품

☞ 가입시 유의사항 : 상법 제732조에 따라 만15세미만 피보험자(보험대상자)의 사망에 대해서는 보장이 되지 않습니다. 다만, 이미 납입한 보험료 또는 해당시점의 적립액(또는 해지환급금)을 돌려드립니다.

나. 저축성보험 : 보장성보험을 제외한 보험으로서 위험보장보다는 생존시의 저축기능을 강화한 상품으로 중단기간에 목돈을 마련하거나, 노후를 대비할 수 있는 상품입니다.

◆ 연금 보험 : 노후생활에 필요한 자금을 연금으로 지급하는 상품이며, 연금지급개시 전에 사망보험금, 장해연금 등 다양한 보장 설계가 가능한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 보험료납입이 완료되어 연금지급이 시작되면, 연금계약은 해지할 수 없으며(확정연금형 제외), 약정한 지급방식대로 연금을 받으실 수 있습니다.

◆ 저축 보험 : 만기시의 목돈마련 및 재정설계에 따른 생활에 필요한 중도자금마련을 위한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 보험기간 동안 보장에 필요한 일부의 보험료는 만기까지 적립되지 않고 소멸됩니다.

◆ 교육 보험 : 예기치 못한 부모의 경제적 능력상실 등에 대비하여 장래의 자녀교육에 필요한 학자금 마련을 위한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 부모와 자녀의 보장내역이 서로 다르므로 보장내역을 잘 확인하십시오.

2. 생명보험은 보험금 등의 지급을 위해 납입된 보험료의 일정액을 적립하는데, 이를 적립하는 방식에 따라 아래와 같이 구분됩니다.

◆ 금리확정형보험 : 최초 계약시의 확정된 예정이율이 보험계약 종료시까지 유지되는 보험

◆ 금리연동형보험 : 보험회사의 자산운용이익률, 시장금리 등에 따라 적립되는 이율이 변동되어 계약자적립금도 변동되는 보험

☞ 가입시 유의사항 : 시장금리 변동에 따라 장단점이 있으므로, 가입시 향후 시장금리 예측이 중요합니다.

◆ 변액 보험 : 계약자가 납입한 보험료로 펀드를 조성하여 특별계정으로 운영하고, 그 특별계정의 운용실적에 따라 계약자에게 투자이익을 배분함으로써 보험기간 중에 보험금액, 해지환급금 등이 변동하는 보험

☞ 가입시 유의사항: 변액보험은 실적배당형 상품으로 주보험은 예금자보호법에 의해 보장되지 않으며, 특별계정의 운용실적에 따라 계약해지시 원금손실이 발생할 수 있습니다.

※ 시중금리추이 및 경제상황에 따라 적립방식에 장단점이 있으니 충분한 검토 후에 가입하시기 바랍니다.

※ 실제 보험상품에서는 위에 예시된 각각의 보험금부들이 결합되어 판매될 수 있습니다.

예) 금리연동형 종신보험, 금리확정형 종신보험

◆ 생명보험 선택시 고려하여야 할 사항은 무엇인가?

▶ **고객이 필요로 하는 목적에 맞춰 보험을 가입하십시오!**

생명보험은 고객의 다양한 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 여러 유형의 상품을 개발, 판매하고 있습니다. 따라서 사람마다 나이, 직업, 가족구성, 인생설계, 자산과 연간 수입이 각각 다르기 때문에 당연히 보험도 각 개인 및 가정의 필요에 맞춰 가입을 하셔야 합니다.

보험가입사유가 위험에 대한 보장인지, 재산증식인지, 학자금 보장인지, 노후의 생활자금을 보장할 목적인지 등을 명확히 검토해 보셔야 합니다. 그리하여 귀하의 경제적 능력과 가입목적을 종합적으로 고려하여 합리적인 선택을 하시기 바랍니다.

▶ **보험을 얼마만큼 가입하여야 하는가?**

고객이 가입하고자 하는 생명보험에 대한 보험금액의 수준을 결정하기 위해서는 고객이 지금 불의의 사고에 닥쳤다고 가정할 경우 가족을 어떻게 부양할 수 있을 것인지 그리고 실제 본인의 치료비는 어느 정도 필요한지를 먼저 판단해 보셔야 합니다.

따라서 고객이 가입하고자 하는 보험금액은 고객의 사고로 인한 가족의 생계비 및 본인의 치료비를 보상할 수 있는 필요경비 수준에 근접해야 할 것입니다.

위의 필요경비를 계산함에 있어서는 보험회사 및 보험설계사와의 충분한 상담을 통하여 귀하가 부양하여야 하는 가족의 생활자금, 배우자의 생활비, 자녀교육자금, 결혼자금, 부채상환자금, 주택자금 등을 정확히 고려하여 자신의 가정에 가장 적합한 보장내용을 설계 할 필요가 있습니다.

아울러 고객께서 납입한 보험료로 보험사고 발생시 그 이상의 보상을 받을 수 있다는 점에서 생명보험은 가정경제의 안정적인 기반을 다질 수 있는 버팀목이 될 수 있습니다.

결론적으로 귀하의 향후 필요경비와 현재 경제여력, 현재까지의 저축이나 보험가입상황 등을 종합적으로 고려하여 부족한 부분에 대해 추가로 보험을 가입하는 방법을 선택하시기 바랍니다.

▶ **저렴하게 가입할 수 있도록 다음 사항을 확인하십시오!**

첫째는, 동일한 보장이라도 보험료 계산시 적용하는 예정기초율에 따라 납입보험료가 달라지므로 회사별로 예정기초율을 확인한 후 가입하면 보험료 부담을 줄일 수 있습니다.

▶▶ **예정기초율의 종류 및 비교방법** ◀◀

◆ **예정위험율** : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다.

☞ 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

예) 무배당 예정사망률, 무배당 예정암발생률 등

◆ **예 정 이 율** : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을율을 말합니다.

☞ 일반적으로 예정이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

◆ **예정사업비율** : 보험회사가 보험계약을 유지, 관리하면서 여러 가지 비용이 소모되는데 이러한 운영경비를 미리 예상하고 보험료에 포함시키고 있습니다. 이러한 경비의 구성비율을 말합니다.

☞ 일반적으로 예정사업비율이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

상품별 예정사업비율은 예정사업비지수를 참고하여 비교할 수 있습니다.

♣ **예정사업비지수**는 각 상품의 예정사업비규모를 전 생명보험업계 유사상품의 평균사업비규모(업계평균을 100으로 설정)와 비교한 지수입니다. 해당상품의 예정사업비지수가 100보다 낮으면 생명보험업계 유사상품평균보다 예정사업비의 수준이 낮음을 의미하고, 반대로 예정사업비지수가 100보다 높으면 업계평균보다 높음을 의미합니다. 이러한 예정사업비지수는 실제 계약자가 가입한 상품의 보험가입금액, 보험기간, 보험료 납입기간 및 예정이율 수준 등에 따라 차이가 발생할 수 있습니다.

※ 이러한 예정위험률, 예정이율, 예정사업비지수는 당사 홈페이지 상품공시실의 해당상품 상품요약서에서 확인하실 수 있습니다.

둘째는, 배당상품과 무배당상품의 특징을 비교해 보시기 바랍니다. 배당상품은 1년이상 경과한 계약에 대해 이윤의 일정부분을 배당금으로 환원하여 주는 상품입니다. 무배당상품은 계약자에게 배당금을 지급하지 않는 대신 미리 보험료를 할인하여 산출하기 때문에 배당상품에 비해 보험료가 저렴한 것이 특징입니다.

셋째는, 보험료 납입시 금융기관의 자동이체를 이용하는 경우 회사가 정한 할인율에 의해 보험료 할인혜택을 받을 수 있습니다.

▶ 보험가격을 비교하는 것도 좋은 방법입니다.

어떤 종류의 보험상품이 귀하에게 가장 적합한가를 먼저 결정한 후 각 회사에서 판매하고 있는 같은 종류의 보험을 상호비교하여 가장 저렴한 보험료로 최대의 급부를 보장해 주는 상품을 선택하셔야 합니다.

그러나, 보험상품은 장기간에 걸쳐서 지속적으로 이루어지는 거래이므로 단순히 가격을 비교하는 것보다는 상품내용을 종합적으로 판단할 필요가 있습니다.

첫째는, 보험금의 변동여부를 확인하여야 합니다. 보험금이 보험기간내 일정하지, 일정기간이 지난후에 증가 또는 감소하는지를 확인하시면 보험가격을 비교하는데 도움이 됩니다.

둘째는, 해지환급금이 보험기간내 어떻게 변동되는지, 초기해지환급이 많은지 등을 확인해 보는 것도 좋은 방법입니다.

마지막으로 예금자보호법에 의해 지급보장되는 급부금의 범위를 확인하여야 합니다. 특히, 변액보험의 주보험은 예금자보호법이 적용되지 않습니다. 다만, 선택특약은 예금자보호법에 따라, 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 보험계약의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타지급금을 합하여 예금보험공사가 1인당 "최고 5천만원까지" 보호합니다.

귀하께서는 보다 자세한 자료가 필요한 경우 당사로 내방하시면 보험료산출기초를 열람할 수 있습니다.

▶» 보험료분석표를 통한 보험가격의 비교방법 ◀◀

아래의 내용은 당사 홈페이지 상품공시실의 해당상품 상품요약서의 보험료 분석표를 참조하여 보험료가 적정인지 확인하는 방법과 보험가격을 비교하는 방법입니다.

보험료는 다음과 같이 산출됩니다.

보험료는 예정위험율, 예정사업비율, 예정이율의 세 가지 기초율에 의해 산출됩니다. (자세한 설명은 앞 페이지 '예정기초율의 종류 및 비교방법'을 참조하시기 바랍니다.)

고객께서 납입하시는 보험료를 영업보험료라고 하며, 영업보험료는 순보험료와 부가보험료로 나뉘어집니다. 순보험료는 예정위험율과 예정이율을 기초로 산출되며, 예정사업비율까지 반영되면 영업보험료가 됩니다. 따라서, 영업보험료에서 순보험료를 뺀 나머지 금액인 부가보험료는 보통 회사가 사용하는 사업비입니다.

상품요약서의 보험료 분석표는 다음과 같이 작성됩니다.

♣ 보장부분과 저축부분

상품요약서의 보험료분석표에는 보험료가 보장부분과 저축부분으로 나누어집니다. 보장부분은 보장을 위해 필요한 부분으로 보험기간이 끝나면 소멸되며, 저축부분은 보험기간이 끝나도 소멸되지 않고 돌려받을 수 있는 부분입니다(다만, 순수보장형 상품의 경우 저축부분이 없음). 그런데, 보장부분과 저축부분에는 모두 사업비가 포함되어 있으므로(사업비는 소멸됩니다), 실제로는 저축부분으로 예시된 보험료보다 적은 금액을 돌려받게 됩니다.

상품요약서의 보험료분석표를 통하여 보험료를 비교할 수 있습니다.

보험료분석표에서 예시하고 있는 보험료는 정해진 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간, 대표나이별로 작성되어 있으므로 보험료분석표와 본인의 가입기준이 다르면 보험료는 달라집니다. 따라서, 아래의 순서에 따라 보험료 예시기준을 확인하고 보험료를 비교하시기 바랍니다.

♣ 보험료분석표 비교순서

★ 상품종류 확인

같은 상품명이라고 하더라도 상품종류가 세분화 되어 있는 경우가 있습니다. 따라서, 먼저, 가입하신 상품의 정확한 상품종류를 파악하십시오.

(예: xxxx보험 안에 1종, 2종/ 적립형, 거치형/ 순수형, 만기환급형 등)

★ 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간, 보험료납입주기, 가입나이 등 확인

(※ 아래의 설명에서 예시한 보험료는 고객의 이해를 돕기 위해 가정한 것입니다.)

■ 보험가입금액

보험가입금액에 따라 보험료가 달라지므로, 예시되어있는 보험료의 보험가입금액과 본인이 가입한 가입금액을 비교한 다음 보험료를 비교하여야 합니다.
예를 들어, 예시되어 있는 보험료의 가입금액이 1억인데 본인이 가입한 가입금액은 2억이라고 하면, 본인의 보험료는 예시된 보험료의 2배가 된다고 생각하면 됩니다.

■ 보험기간

보험가입금액이 같더라도 보험기간이 길어질수록 보험료는 증가하므로, 본인의 보험기간과 예시된 보험기간이 동일한 지 확인해 보시기 바랍니다.
예를 들어, 본인이 가입한 보험의 보험기간은 20년 만기이고, 예시된 보험료의 보험기간은 15년 만기라면, 본인의 보험료가 예시된 보험료보다 더 많습니다.

■ 보험료납입기간

보험료의 납입기간이 짧을수록 총 납입하는 보험료의 합은 작아지지만, 매 회 납입하는 보험료는 많아집니다.
예를 들어, 일반적인 경우 동일한 조건에서 보험료납입기간이 10년인 사람이 보험료로 매달 10만원(10만원×12개월×10년 = 1,200만원)을 납입한다면 보험료납입기간이 20년인 사람은 보험료로 5만5천원 정도(5만5천원×12개월×20년 = 1,320만원)를 납입해야 합니다.

■ 보험료납입주기

보험료를 매달 납입할 경우(월납)와 매 2개월, 3개월, 6개월, 1년(연납)마다 납입하는 경우의 매 회 납입하는 보험료는 주기가 짧을수록 적어집니다.
예를 들어, 동일한 조건에서 월납 보험료가 10만원이라면 연납 보험료는 118만원 정도이므로, 회당 납입보험료는 월납보험료가 적습니다. 그러나, 총 납입보험료의 단순 합은 월납의 경우 1년간 120만원, 연납보험료는 1년간 118만원이므로 연납보험료가 조금 작습니다.

■ 가입나이(보험나이)와 대표나이

보험나이는 6개월 단위로 반올림계산하므로 아래의 예를 참조하시기 바랍니다.

예1] 1965년 7월 20일 생이 2005년 1월 10일에 가입할 경우

2005년 1월 10일
- 1965년 7월 20일

만 39년 5개월 20일 ≒ 보험나이 39세

예2] 1965년 7월 20일 생이 2005년 5월 10일에 가입할 경우

2005년 5월 10일
- 1965년 7월 20일

만 39년 9개월 20일 ≒ 보험나이 40세

보험료 분석표에 예시되어 있는 보험료는 대표나이별 보험료만을 예시하고 있으므로 본인의 나이가 대표나이와 다를 경우 나이가 많아질수록 보험료는 증가합니다. 예를 들어, 가입 시 본인의 나이가 35세인데 예시된 보험료의 나이가 30세와 40세라면 본인의 보험료는 대략 중간 정도의 값이 됩니다.

특약의 가입여부

특약을 가입하시면 가입하신 특약의 보험료만큼 보험료가 증가합니다.
특약도 주보험의 보험료와 동일하게, 보험가입금액, 보험기간, 보험료납입기간 등을 확인하여 비교하시기 바랍니다.

기타 (고객계약할인, 우량체할인, 단체할인 등)

회사마다 차이는 있으나, 아래와 같이 보험료의 일정부분을 할인해 주는 서비스를 제공하는 회사도 있습니다.
(※ 용어는 회사별로 차이가 있을 수 있습니다.)

- 고객계약할인 : 가입금액이 고객일 경우 적용
- 우량체할인 : 회사가 정한 기준(흡연여부, 체질량지수 등)에 부합할 경우 적용
- 단체할인 : 5인 이상의 단체(보험계약에서는 단체에 대한 별도의 기준이 있습니다.)로 계약할 경우 적용.
따라서, 본인의 계약이 위에 예시된 할인혜택을 적용 받는 경우 보험료분석표에 예시된 보험료보다 저렴해질 수도 있습니다.

생명보험협회에서는 생명보험 상품의 중요내용을 비교함으로써 소비자의 상품선택에 도움을 드리고자 **보험상품비교·공시**를 시행하고 있습니다.

♣ **생명보험협회 보험상품비교·공시 이용방법**

- 생명보험협회(www.klia.or.kr) 접속 (⇒ 공시실)
 - ⇒ 보험상품비교·공시
 - ↳ 상품비교·공시
 - ↳ 변액보험 운영현황
 - ↳ 퇴직연금(실적배당형) 운영현황
 - ↳ 연금저축 운영현황
 - ↳ 퇴직보험 운영현황
 - ↳ 자산연계형보험 운영현황

보험상품비교·공시는 회사별 유사상품의 보장내용, 보험료 등을 비교한 ‘상품비교·공시’와 기준가격 및 수익률을 공시하는 ‘변액보험 운영현황’, ‘퇴직연금(실적배당형) 운영현황’, 연금저축 및 퇴직보험, 자산연계형보험의 특성 등을 비교한 ‘연금저축 운영현황’, ‘퇴직보험 운영현황’, ‘자산연계형보험 운영현황’등으로 구분되어 있습니다.

◆ **상품비교·공시**

상품비교·공시에서는 아래의 상품별 지급조건 및 보장내용, 보험료 및 해지환급금, 예정이율, 예정사업비지수 등을 비교하실 수 있습니다.

- **보장성보험 [11종]**
 - : 종신보험(확정형/금리연동형), 변액종신보험, 정기보험, 질병보험(암/기타질병), CI보험(확정형/금리연동형), 상해보험, 어린이보험, 기타보장성보험
- **저축성보험 [9종]**
 - : 연금보험(연금저축, 일반연금, 변액연금[적립형, 거치형]), 변액유니버설보험(적립형, 거치형), 저축보험(일반저축, 유니버설저축, 장기주택마련저축)

※ 향후 비교대상 상품은 ‘생명보험상품공시위원회’의 결정에 따라 변경될 수 있습니다.

※ 상품비교·공시는 요약된 내용일 뿐만 아니라 일부 상품에만 한정되므로 본인의 나이 및 가입조건에 맞게 상품을 설계하시려면 당사 인터넷홈페이지의 ‘보험가격공시실’을 이용하시기 바랍니다.

◆ **변액보험 운영현황**

‘변액보험운영현황’에서는 생명보험사 변액보험 상품의 운용실명서 및 특별계정의 매월말 자산구성내역, 매일의 기준가격 및 수익률, 운용에 대한 보수 및 수수료를 비교·공시하고 있습니다.

- 변액보험의 종류 : 변액종신보험, 변액연금보험, 변액유니버설보험, 변액CI보험 등

※ 변액보험운영현황에서 공시되고 있는 수익률은 각 특별계정의 펀드설정일 이후 누적수익률과 3개월, 6개월, 1년 등 일정기간동안의 수익률이므로, 고객이 실제로 적용받는 수익률과 다를 수 있습니다. 고객이 실제 적용받는 수익률은 가입회사의 인터넷홈페이지상 변액보험공시실을 이용하여 확인할 수 있습니다. 또한, 이러한 수익률은 납입한 보험료 중 사업비 및 최저사망보증비용 등을 제외한 금액을 기준으로 산출됩니다.

◆ **연금저축 운영현황**

‘연금상품운영현황’에서는 생명보험사 연금저축 및 퇴직보험의 매월말 자산부채구성내역, 직전3년간 예정이율 및 직전3년간 이자율차배당율을 비교·공시하고 있습니다.

◆ **보험가입시 유의해야 할 사항은 다음과 같습니다**

보험계약을 청약할 때는 상품요약서에 명시된 보장내용과 약관상 계약자의 권리와 의무를 확인하여야 하며, 특히 다음의 사항에 유의하여야 합니다.

▶ **청약서는 계약자가 직접 작성하고 자필서명하여야 합니다.**

보험계약 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태에 대한 작성내용(현재병증, 과거병력, 직업종류)에 대해 청약서에 계약자 본인이 직접 작성하시고 서명란에도 계약자 본인 및 피보험자(보험대상자)가 자필로 서명하여야 합니다. 특히 피보험자(보험대상자)가 다른 경우에는 반드시 피보험자(보험대상자)의 서명도 필요합니다. 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효로 처리될 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

▶ **계약전 알릴의무를 준수하여야만 불이익을 보지 않습니다.**

생명보험 계약체결시 계약자나 피보험자(보험대상자)가 청약서상에 기술하는 계약전 알릴의무사항은 보험회사가 계약의 해지권을 행사할 수 있는 「중요한 사항」과 그렇지 않은 「일반적 사항」으로 구분하고 있습니다.

여기에서 「중요한 사항」이라 함은 회사가 그 사실을 알았다면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 담보 제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말하며, 그 예로는 현재 및 과거병력, 신체장애 여부, 직업 및 운전 여부, 위험한 취미를 들 수 있습니다.

또한 「일반적 사항」으로는 위험지역으로의 출국, 거주환경, 소득, 키 및 몸무게, 음주 및 흡연 여부, 부업 또는 겸업, 타회사의 보험가입상황 등을 들 수 있습니다. 이러한 「일반적 사항」은 계약성립 후 해지권에는 영향을 미치지 않으나, 사실과 다르게 알린 경우 보험가입이 거절될 수 있습니다. 한편, 「중요한 사항」과 「일반적 사항」은 상품별 특성에 따라 위의 예시와 다르게 적용될 수 있습니다.

따라서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 신의성실에 입각하여 계약전 알릴의무사항을 충실히 이행함으로써 보험계약이 정당한 조건에 의해 성립되고 유지될 수 있도록 하여야 합니다.

▶ **계약의 무효가 될 경우에는 보장을 받지 못합니다.**

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

첫째는, 타인의 사망을 보험금지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우입니다.

둘째는, 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하는 경우입니다.

셋째는, 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우입니다.

▶ **계약을 해지하실 경우 다음 사항을 고려하십시오!**

첫째는, 계약을 해지하고 새로운 계약을 체결하려면 신계약의 효력이 발생한 후 기존 계약을 해지함으로써 보험의 보장이 공백 없이 승계되도록 하십시오.

둘째는, 계약을 해지하고 신계약을 체결하는 경우 초기에 과다한 비용이 소요될 수 있습니다. 즉 귀하께서 납입하는 계약초기기간의 보험료 중 상당부분은 보험회사 사업비에 책정되어 있기 때문입니다. 신계약을 체결하면 이러한 비용이 다시 지출되어 이중의 부담이 되는 것입니다.

셋째는, 귀하가 나이가 들거나 건강이 악화된 이후 신계약을 체결하게 되면 보험료는 보다 높아지고 보험가입은 더욱 어려워질 수 있습니다.

▶ **중도해지시 해지환급금은 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.**

생명보험의 해지환급금은 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액을 해지환급금으로 지급합니다. 즉 계약자가 납입하는 보험료는 그 일부가 불의의 사고를 당한 다른 가입자의 보험금으로 지급되고 또 다른 일부는 회사의 계약체결 및 유지에 필요한 경비로 사용되므로 이러한 것을 제하고 남은 보험료가 해지환급금으로 지급됩니다.

따라서 보험계약을 중도에 해지하게 되면 해지환급금이 납입한 보험료보다 적을 수도 있으며, 해지환급금이 없을 수도 있습니다.

◆ **생명보험은 계약의 유지 및 보호를 위한 각종 제도를 운영하고 있습니다.**

▶ **보험설계사 등 모집종사자가 기본적인 의무를 잘 이행하는 지를 확인하십시오!**

보험설계사 등 모집종사자가 청약 시 귀하에게 보험약관(상품요약서 포함), 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달하는지, 약관상 중요한 내용을 충분히 설명하는 지, 또는 계약체결시 자필서명을 하도록 하는지를 확인해 보셔야 합니다. 그리하여 모집종사자가 이러한 부분을 이행하지 않은 경우 귀하는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있습니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

▶ **귀하는 필요한 보장과 상이한 계약이 체결된 경우 청약철회제도를 이용할 수 있습니다.**

귀하가 필요로 하는 보장내용과 실제 체결된 계약의 보장내용이 상이하거나 경제적 여건을 고려하여 적절치 못하다고 판단되는 경우에는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화, 우편, 컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 청약 철회 시 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

▶ **귀하는 보험기간중 일시적 경제여건 애로시 보험료 자동대출납입제도의 이용으로 계약을 유지할 수 있습니다.**

귀하께서 계약유지중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 위기에 처한 경우 우리 회사에 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 서면으로 보험료의 자동대출납입을 신청하면 보험계약대출금액 범위 내에서 보험료가 자동대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다. 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며, 그 이후 기간에 대해 자동대출납입을 원하는 경우 재신청하셔야 합니다.

▶ **귀하는 필요시 보험계약대출을 받을 수 있습니다.**

귀하는 귀하가 가입한 계약의 해지환급금 범위 내에서 우리 알리안츠 생명보험주식회사가 정한 방법에 따라 대출을 받으실 수 있습니다. 이 보험계약대출은 해당 보험계약의 해지환급금 일정 범위 내에서 신속하게 이루어지며, 이자도 저렴한 장점이 있으므로 불시에 자금이 필요하게 되는 경우 유익한 해결수단이 될 수 있습니다.

▶ **생명보험은 다양한 세제혜택으로 귀하에게 유익한 재테크수단이 될 것입니다.**

귀하께서 세금의 중요성을 인식하시고 한번 정도 절세하는 방법에 대해 고려해 보셨다면 생명보험에 가입하신 것은 훌륭한 선택입니다. 생명보험에 가입 시 폭넓은 세제혜택을 받을 수 있으므로 유익한 경제수단이 될 수 있습니다.

※ 아래에 기재된 내용은 생명보험의 세제혜택에 대하여 요약한 것이므로, 자세한 내용은 관련법령을 참조하시거나 해당 보험회사로 문의하시기 바랍니다.

◆ **보험료에 대한 소득공제**

- **보장성보험:** 근로소득자가 기본공제대상자를 피보험자(보험대상자)로 하여 보장성보험에 가입한 경우 연간 납입보험료중 100만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(소득세법 제52조)
- **장애인전용보장성보험:** 근로소득자가 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자(보험대상자)로 하여 장애인전용 보장성보험에 가입한 경우 연간 납입보험료 중 100만원 한도 내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(소득세법 제52조)
- **연금저축:** 연간 납입보험료 중 300만원 한도*내에서 소득공제를 받을 수 있습니다.(조세특례제한법 제86조의 2)
※ 퇴직연금에 가입한 근로자가 별도로 추가납입한 보험료가 있는 경우, 그 추가납입한 보험료와 연금저축 납입보험료를 합산한 한도임.
* 2000년 12월 31일 이전에 가입한 개인연금저축은 연간 납입보험료의 40%를 72만원 한도 내에서 소득공제 받을 수 있음. (조세특례제한법 제86조)

◆ **보험차익 비과세**

- 최초로 보험료를 납입한 날부터 “만기일, 중도해지일”까지의 기간이 모두 10년 이상인 보험계약에서 발생된 보험차익에 대해 서는 이자소득세가 비과세됩니다. 그러나, 최초 납입일부터 만기일 또는 중도해지일까지의 기간은 10년 이상이지만 최초 납입일부터 10년이 경과하기 전에 납입한 보험료를 확정된 기간동안 연금형태로 분할하여 지급받는 경우에는 이자소득세가 과세됩니다. (소득세법시행령 제25조)
- * 2000년 12월 31일 이전에 가입한 경우에는 5년이상 유지시 비과세.
 - * 2001년 1월 1일부터 2003년 12월 31일 이전에 가입한 경우에는 7년이상 유지시 비과세.

◆ **개인연금저축 이자소득 비과세**

- 2000년 12월 31일 이전에 가입한 개인연금저축의 경우 10년 이상 보험료를 납입하고 5년 이상 연금으로 지급받는 경우 발생한 이자소득은 비과세됩니다. (조세특례제한법 제86조)
- * 2001년 1월 1일 이후 가입한 연금저축은 향후 지급받는 연금수령액 중 소득공제 받은 원금 부분과 투자수익 부분은 연금소득으로 과세됩니다.(조세특례제한법 제86조 2)

◆ **상속보험금의 금융재산 상속공제**

상속재산에 합산되는 사망보험금은 금융재산으로 인정되어 다른 금융재산을 포함하여 순금융재산가액의 20%(2억원 한도, 2천만원 이하인 경우 전액)를 공제받을 수 있습니다.(상속세 및 증여세법 제22조)

▶ **귀하의 계약은 예금자보호제도 등에 의해 지급이 보장됩니다.**

보험회사의 경영이 악화된 경우 보험업법의 계약이전제도에 의해 다른 보험회사로 계약을 이전하는 보호장치가 마련되어 있습니다. 만약 파산 등으로 보험계약상의 채무를 이행할 수 없는 경우에 예금자보호법에 의해 지급이 보장되며, 현행 예금자보호법상 생명보험계약은 보험계약 체결 시기에 관계없이 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 보험계약의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타지급금을 합하여 예금보험공사가 1인당 “최고 5천만원까지” 보호합니다. 다만, 실적배당형 상품인 변액보험의 주보험과 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 경우(퇴직보험 예외)에는 예금자보호대상에서 제외됩니다.

◆ 고객님의 생명보험에 대해 궁금하시거나 불만사항이 있을시 신속히 해결해 드리겠습니다.

◎ 고객님의 상품을 가입하기 전에 상품내용이 궁금하시거나 가입조건 등을 문의하고자 하시는 경우 또는 가입 후 해당상품에 관한 상담을 원하실 경우 아래의 연락처로 문의바랍니다.

< 알리안츠생명보험 상담 전화번호 안내 >

콜센터: 1588-6500

◎ 고객님의 보험에 관한 불편사항 및 분쟁이 있을 경우, 우선 우리 회사로 말씀해주시면 성심껏 듣고 처리하여 서비스 개선의 기회로 삼겠습니다.

< 알리안츠생명 불만족상담 및 민원상담 안내 (본사 소비자부) >

- 우편 : 서울시 영등포구 여의도동 45-21 알리안츠생명 소비자부
(우)150-978
- 전화 : 02-3787-7482~9 , 080-807-7493 (수신자 부담)
- FAX : 02-3787-8719
- 인터넷 : www.allianzlife.co.kr > 고객의소리
- E-mail : customer@allianzlife.kr
- 기타 : 전 영업점 및 지급창구, 어드바이저

[수술, 입원, 사망보험금 관련 민원상담]

- 전화 : 1588-4404 FAX : 02-3787-8745

< 금융감독원 민원상담전화 및 지원 안내 >

- 민원상담전화 : 국번없이 1332 (이동전화: 지역번호-1332)
- 부산지원 : 051) 606-1700~1 ○ 대구지원 : 053) 760-4000
- 광주지원 : 062) 606-1616 ○ 대전지원 : 042) 479-5120~2

◎ 고객님의 표준약관이나 기타 보험의 일반적인 내용에 대하여 궁금하시면 아래의 생명보험협회 소비자보호실 등을 통해 상담을 받으실 수 있습니다.

< 생명보험협회 전화번호 안내 >

- 서울 : 02) 2262-6565 ○ 부산 : 051) 669-7501
- 대구 : 053) 427-8051 ○ 광주 : 062) 350-0114
- 대전 : 042) 242-7002 ○ 강릉 : 033) 645-9673
- 전주 : 063) 252-5946

▶▶ 주요보험용어 ◀◀

- ◆ 보험약관
생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- ◆ 보험증권(보험가입증서)
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
- ◆ 보험계약자
계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- ◆ 피보험자(보험대상자)
보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- ◆ 보험수익자(보험금을 받는 자)
보험사고발생시 보험금 청구권을 가진 사람
- ◆ 보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 보험회사에 납입하는 금액
- ◆ 보험금
피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액
- ◆ 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- ◆ 보장개시일
보험회사의 보험금지급의무가 시작되는 날
- ◆ 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
- ◆ 책임준비금
장래의 보험금, 환급금, 배당금 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해둔 금액
- ◆ 해지환급금
계약의 효력상실 또는 해지시 계약자에게 돌려주는 금액

무배당

알리안츠비즈니스플러스상해보험 약관

무배당 알리안츠비즈플러스상해보험 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지	16
제 1 조 【보험계약의 성립】	16
제 2 조 【청약의 철회】	16
제 3 조 【약관교부 및 설명의무 등】	16
제 4 조 【계약의 무효】	16
제 5 조 【계약내용의 변경 등】	17
제 6 조 【피보험자(보험대상자)의 변경】	17
제 7 조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】	17
제 8 조 【계약의 소멸】	17
제 9 조 【보험나이】	17
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	18
제10조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】	18
제11조 【보험료의 계산 및 제2회 이후 보험료의 납입】	18
제12조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	18
제13조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】	18
제14조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】	19
제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)	19
제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】	19
제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	19
제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	19
제18조 【배당금의 지급】	19
제19조 【소멸시효】	20
제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등	20
제20조 【계약전 알릴의무】	20
제21조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】	20
제22조 【중대사유로 인한 해지】	20
제23조 【사기에 의한 계약】	21
제5관 보험금 지급 등의 절차	21
제24조 【주소변경통지】	21
제25조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】	21
제26조 【대표자의 지정】	21
제27조 【보험금 지급사유의 발생통지】	21
제28조 【보험금 등 청구시 구비서류】	21
제29조 【보험금 등의 지급】	21
제30조 【보험금 받는 방법의 변경】	22
제31조 【계약내용의 교환】	22

제6관 분쟁조정 등	22
제32조 【분쟁의 조정】	22
제33조 【관할 법원】	22
제34조 【약관의 해석】	22
제35조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	22
제36조 【회사의 손해배상책임】	22
제37조 【회사의 파산선고와 해지】	22
제38조 【준거법】	22
제39조 【예금보험에 의한 지급보장】	22

무배당 알리안츠비즈플러스상해보험 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조 【보험계약의 성립】

- ① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금삭감, 보험료할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 “무진단계약”이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

【예정이율】

생명보험의 보험료 산출에 사용되는 요소 중 하나입니다. 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 생명보험회사에서는 이 기간 동안 기대되는 자산운용수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을 말합니다. 일반적으로 예정이율을 높게 잡으면 보험료는 상대적으로 싸게 되며, 반대의 경우는 비싸게 됩니다.

제2조 【청약의 철회】

- ① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신 판매 계약”이라 합니다.)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
- ② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 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 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 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 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약 체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- 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 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.
 1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조 【계약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】

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

제5조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험료의 납입주기, 수금방법
 2. 보험가입금액
 3. 계약자
 4. 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제2호에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ④ 계약자가 제2항에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻어야 합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 피보험단체(보험대상단체)를 탈퇴한 경우에 계약자는 지체없이 피보험자(보험대상자)의 탈퇴년월일 및 사유를 회사에 알려야 합니다.

제6조 【피보험자(보험대상자)의 변경】

- ① 계약자가 보험료의 전액을 부담하는 계약[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]에 대하여 피보험자(보험대상자)가 사망, 기타사유 등으로 해당 단체에서 탈퇴하는 경우 계약자는 새로운 피보험자(보험대상자)의 동의 및 회사의 승낙을 얻어 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 있습니다. 이 경우 계약의 성립은 제1조(보험계약의 성립)의 규정을 따릅니다.
- ② 제1항의 경우 변경 전 피보험자(보험대상자)는 피보험자(보험대상자)변경신청서(회사양식)를 접수한 때로부터 피보험자(보험대상자)의 자격을 상실하며, 회사는 서류를 접수한 때로부터 새로운 피보험자(보험대상자)에 대하여 보장을 합니다.
- ③ 제2항의 경우 변경 후 피보험자(보험대상자)에 대한 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 합니다.
- ④ 제2항의 경우 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법으로 보험료를 정산합니다.
- ⑤ 피보험자(보험대상자)의 변경의 신청 및 승낙에 있어서는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 내지 제4항, 제10조(제1회보험료 및 회사의 보장개시일) 제2항 내지 제4항, 제20조(계약전 알릴의무) 및 제21조(계약전 알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유(특약 포함)가 발생한 계약은 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 없습니다.

제7조 【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다.
- ② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다.

제8조 【계약의 소멸】

- ① 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 이외의 원인으로 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 제6조[피보험자(보험대상자)의 변경]에 따라 피보험자(보험대상자)를 변경하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

제9조 【보험나이】

- ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험 나이 계산 예시】
 생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
 ⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제10조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때, 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일”이라 하며, 보장개시일을 보험계약일로 봅니다)

② 회사는 보험기간 중 추가 가입자에 대하여는 최초의 보험료를 받은 때부터 계약단체의 계약상의 잔존기간에 대하여 보장을 합니다.

③ 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제21조(계약전 알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
2. 제20조(계약전 알릴의무)에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명(證明)하는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

⑤ 청약서에 피보험자(보험대상자)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.

제11조 【보험료의 계산 및 제2회 이후 보험료의 납입】

① 계약체결시 보험료는 피보험자(보험대상자)의 성별·나이별로 계산한 보험료를 합하여 계산합니다.

다만, 단체 또는 단체의 대표자가 보험료를 전액 부담하는 경우는 계약자와 회사와의 협의에 의해 피보험단체(보험대상단체)의 총보험가입금액에 다음과 같은 평균보험료율 또는 평균나이보험료율을 곱하여 계산한 보험료(남자, 여자)를 적용할 수 있습니다.

1. 평균보험료율은 계약체결시 회사의 보험료율표에 따라 각 피보험자(보험대상자)별로 계산한 보험료의 합계액을 각 피보험자(보험대상자)에 대한 보험가입금액의 합계액으로 나누어 결정하며, 평균나이보험료율은 계약체결시 피보험단체(보험대상단체)의 평균나이에 해당하는 회사의 보험료율표에 따라 결정합니다.
2. 제1호의 평균보험료율 또는 평균나이보험료율은 동일보험기간 중에는 변경하지 아니합니다.

그러나 피보험자(보험대상자)수의 증감, 보험가입금액의 증액 및 감액 또는 피보험단체(보험대상단체)의 변동에 의하여 회사가 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 변경할 수 있습니다.

② 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제12조 【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 일일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 이때, 계약체결시 또는 이후에 계약자가 알려준 주소로 납입최고서(납입안내장)를 발송하고, 납입최고서 도달여부와 관련하여서는 이 약관 제24조(주소변경 통지) 제2항에 따릅니다.

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제13조 【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활 (효력회복)】

① 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 6개월 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 예정이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제20조(계약전 알릴의무) 및 제21조(계약전 알릴의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제14조 【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제15조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 재해로 인하여 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다)중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 재해사망보험금(별표1"보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

제16조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제8조(계약의 소멸) 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정무기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ② 제8조(계약의 소멸) 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해로 인하여 장애상태가 되고 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태(사망포함)를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 제8조(계약의 소멸) 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 「동일한 재해」는 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑤ 제8조(계약의 소멸) 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ⑥ 제8조(계약의 소멸) 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한 시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑦ 제8조(계약의 소멸) 제1항 및 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 장애분류표에 해당되지 아니하는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 장애지급률을 결정합니다.

제17조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 그러하지 아니합니다.
피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 사망에 이르게 된 경우에는 재해사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

제18조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제19조 【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제4관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제20조 【계약전 알릴의무】

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

【계약전 알릴의무】

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약서에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【사례】

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제21조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제20조(계약전 알릴의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때
다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

② 제1항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

③ 회사는 제 1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

④ 제1항에 의하여 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑤ 제20조(계약전 알릴의무)의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제22조 【중대사유로 인한 해지】

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 사유
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지합니다.

제23조 【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단 절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제24조 【주소변경통지】

- ① 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제25조 【보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우는 피보험자(보험대상자)로 하며, 피보험자(보험대상자)의 사망시는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 합니다.

제26조 【대표자의 지정】

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

제27조 【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제28조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서 (회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 피보험자(보험대상자)가 아닌 계약자가 청구하는 경우에는 피보험자(보험대상자) 또는 그 상속인의 동의서(피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에 한함)
 5. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제29조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제28조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【영업일】

"토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

- ② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자계산은 별표4 "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.
- ③ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제21조(계약전 알릴의무 위반의 효과) 및 제1항의 보험금지급 사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
- ④ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

⑤ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 피보험자(보험대상자)의 동의를 얻어 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 종합병원에 소속된 의사 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

제30조 【보험금 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 예정이율로 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제31조 【계약내용의 교환】

회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용 정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제6관 분쟁조정 등

제32조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제33조 【관할법원】

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

제34조 【약관의 해석】

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제35조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제36조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계법률 및 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제37조 【회사의 파산선고와 해지】

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

제38조 【준거법】

이 약관에 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제39조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 보험가입금액 1계좌(500만원)]

■ 재해사망보험금(약관 제15조)

지급 사유	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 재해로 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 때
지급 금액	1,000만원

(별표2)

재해 분류표

1. 보장대상이 되는 재해

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

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

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

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

(별표3)

장애분류표

■ ■ 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”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 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정한다.

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 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 각 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 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 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

장해분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 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) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”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 운동장애를 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 조직요물(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)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 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 장애를 남긴 때” 라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 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 장애를 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)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) “코의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 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 장애를 남긴 때” 라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(口, ㅂ, ㅃ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅋ, ㆁ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 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 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 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 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”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 등으

로 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 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 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
 - ① 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 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 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. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

- 5) 약간의 운동장애
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 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 추간관을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간관 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 추간관 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형상태로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래와 같다. 추측만증(척추 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 측정된 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 측정된 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) “팔” 이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대관절” 이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때” 라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 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 장애” 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 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 라) “약간의 장애” 라 함은
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때” 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 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 장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
- 3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.
- 4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
- 5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국 의사협회(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 근력검사서서 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 근력검사서서 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 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때 (1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

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

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 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 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 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 장애를 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 장애를 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 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- 4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
- 5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 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. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나, 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”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, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문이란 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
 - 감정주의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 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 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① “치매”라 함은
 - 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우

- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

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

4) 간질

① “간질” 이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 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, 인지장애 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 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작” 이라 함은 운동장애가 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	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 과행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 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	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

(별표4)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제29조 제2항 관련)

■ 재해사망보험금(약관 제15조)

적립 기간	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간
지급 이자	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위복리로 계산하며, 약관 제19조(소멸시효)에 의한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 아니합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

무배당 비즈플러스질병사망보장특약

무배당 비즈플러스질병사망보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지	41
제 1조 【특약의 체결 및 효력】	41
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	41
제 3조 【특약내용의 변경 등】	41
제 4조 【계약자의 임의해지】	41
제 5조 【특약의 보험기간】	41
제 6조 【특약의 소멸】	41
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	41
제 7조 【보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	41
제 8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】	41
제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	42
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	42
제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】	42
제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	42
제12조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】	42
제4관 보험금 지급 등의 절차	42
제13조 【보험금 등 청구시 구비서류】	42
제14조 【보험금 등의 지급】	43
제5관 기타사항	43
제15조 【주계약 약관 규정의 준용】	43

무배당 비즈플러스질병사망보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립 및 유지

제1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제3조 【특약 내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제4조 【계약자의 임의 해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]
- ② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간내에서 1년으로 합니다.

제6조 【특약의 소멸】

이 특약의 피보험자(보험대상자)에게 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금지급사유가 발생한 경우 또는 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

1. 본인형의 경우 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우 회사는 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나

는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】

피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 재해분류표에서 정한 재해 이외의 원인으로 사망하거나 재해 이외의 동일한 원인으로 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 특약보험가입금액을 질병사망보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)으로 지급합니다.

제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제6조(특약의 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ② 제6조(특약의 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다.)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ③ 제6조(특약의 소멸) 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 제6조(특약의 소멸)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑦ 제6조(특약의 소멸)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑧ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑨ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑩ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제12조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

- 1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
- 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
그러나, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

제 4관 보험금 지급 등의 절차

제13조 【보험금 등 청구서 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서[진단서(병명기입)]
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
 - ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제13조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 지급합니다.

【영업일】

"토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

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

제5관 기타사항

제15조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약이 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원]

■ 질병사망보험금(약관 제10조)

지급사유	피보험자(보험대상자)가 특약의 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망하거나 재해이외의 동일한 원인으로 장애분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80% 이상인 장애상태가 되었을 때
지급금액	1,000 만원

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장애분류표

주계약 약관의 별표3(장애분류표)와 동일

무배당 비즈플러스재해장해보장특약

무배당 비즈플러스재해장해보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지	47
제 1조 【특약의 체결 및 효력】	47
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	47
제 3조 【특약내용의 변경 등】	47
제 4조 【계약자의 임의 해지】	47
제 5조 【특약의 보험기간】	47
제 6조 【특약의 소멸】	47
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	47
제 7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	47
제 8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】	48
제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	48
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	48
제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】	48
제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	48
제4관 보험금 지급 등의 절차	49
제12조 【보험금 등 청구시 구비서류】	49
제13조 【보험금 등의 지급】	49
제5관 기타사항	49
제14조 【주계약 약관 규정의 준용】	49

무배당 비즈플러스재해장해보장특약 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 보험회사가 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 3조 【특약 내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조 【계약자의 임의 해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]
- ② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간내에서 1년으로 합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

- ① 이 특약의 보험기간 중 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다)로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우
- ② 제1항에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失蹤宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정무기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ③ 피보험자(보험대상자)가 재해 이외의 원인으로 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조 【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우 회사는 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 장애분류표에서 정한 장애지급률 중 3% 이상 80%미만에 해당하는 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 보험금을 지급합니다.

제11조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장애지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 의하여 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)중에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ③ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장애지급률만을 적용합니다.
- ④ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 장애상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한 시적으로 나타나는 장애(이하 "한시장애"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 한시장애의 장애지급률로 정합니다.
- ⑤ 제6조(특약의 소멸) 제1항 및 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 재해로 두 가지 이상의 장애가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장애지급률을 더하여 최종 장애지급률을 결정합니다. 다만 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 두 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장애지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 다른 재해로 인하여 장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 장애가 이미 재해장애급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 재해장애급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제7항에서 정하는 장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장애에 대한 재해장애급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장애상태에 해당하는 재해장애급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장애급여금을 빼고 지급합니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 - 2. 위 1호 이외에 이 보험의 약관에 의하여 재해장애급여금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 재해장애급여금이 지급되지 않았던 장애
- ⑨ 동일한 재해로 인한 장애지급률은 100%를 한도로 합니다.
- ⑩ 제5항 및 제9항에서 「동일한 재해」란 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑪ 장애분류표에 해당되지 아니하는 장애는 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.
- ⑫ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제12조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진단서(병명기입)]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제12조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

【영업일】

"토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제14조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급기준표

■ 재해장해급여금(약관 제10조)

지급사유	피보험자(보험대상자)가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 장해분류표 중 3% 이상 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
지급금액	특약보험가입금액의 100% x 해당 장해지급률

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

무배당 비즈플러스암진단특약 1종

무배당 비즈플러스암진단특약 1종 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지	53
제 1조 【특약의 체결 및 효력】	53
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	53
제 3조 【특약의 무효】	53
제 4조 【특약내용의 변경 등】	53
제 5조 【계약자의 임의 해지】	53
제 6조 【특약의 보험기간】	53
제 7조 【특약의 소멸】	53
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	54
제 8조 【특약의 보험료 납입기간과 보험료의 납입】	54
제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】	54
제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	54
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	54
제11조 【“암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 확정】	54
제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】	54
제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】	54
제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】	55
제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	55
제4관 보험금 지급 등의 절차	55
제16조 【보험금 등 청구시 구비서류】	55
제17조 【보험금 등의 지급】	55
제5관 기타사항	56
제18조 【주계약 약관 규정의 준용】	56

무배당 비즈플러스암진단특약 1종 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 보험회사의 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 다만, 제11조 (“암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정하는 암의 보장에 대한 보장개시일은 특약의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음날(이하 “암보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 3조 【특약의 무효】

피보험자(보험대상자)가 이 특약의 계약일부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음날 이전에 제11조(“암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단이 확정되어 있는 경우 이 특약은 무효로 하며 이미 납입한 특약보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 4조 【특약 내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5조 【계약자의 임의 해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]
- ② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 6조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간내에서 1년으로 합니다.

제 7조 【특약의 소멸】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)에게 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 이 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 이 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지

아니합니다. 또한 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 인하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 아니합니다.

③ 제1항에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 8조 【특약의 보험료 납입기간과 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 9조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우 회사는 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제10조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조 【“암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정】

① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(별표4 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의 사항】

한국표준질병·사인분류표 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 이차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【사례】

C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 중 일차성 악성신생물(암)이 C73(갑상샘의 악성신생물(암))로 확인되는 경우에는 C73(갑상샘의 악성신생물(암))으로 분류합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 및 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암” 또는 “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “상피내의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “경계성종양 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
 - ② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었거나, 보장개시일 이후에 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 진단급여금을 지급합니다.

제15조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금은 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양, 또는 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다. 다만, 암 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.
- ③ 제7조(특약의 소멸)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제7조(특약의 소멸)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제7조(특약의 소멸)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제7조(특약의 소멸)의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 “한시장해”라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
- ⑧ 제7조(특약의 소멸)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 청약서상 계약된 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑪ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제16조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서[진단서(병명기입)]
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제16조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【영업일】
 "도요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제18조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 진단급여금(약관 제14조)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	1,000만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	100만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	100만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	300만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	300만원

- 주) 1. 암보장개시일은 특약의 보험계약일[부활(효력회복)일]을 포함하여 30일이 지난날의 다음날로 합니다.
2. 진단급여금은 암, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표

(기타피부암 및 갑상샘암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 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(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식성 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 림프종모양 구진증	L41.2

㉞ 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44), 갑상샘의 악성신생물(암)(분류번호C73)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

3. 전암상태(암으로 변하기 이전 상태), 심장, 수막, 뇌-중추신경계 양성신생물(분류번호 D15.1, D32, D33)은 악성신생물(암)로 분류되지 않으므로 보장되지 않습니다.

4. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 이차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 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

Ⓜ 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6)

경계성증양 분류표

약관에 규정하는 경계성증양이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 질병명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47(D47.1, D47.3제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않는 랑게르한스 세포조직구증	D76.0

- 주 1. 제6차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성 혈소판 증가증(D47.3) 은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

무배당 비즈플러스암진단특약 2종

무배당 비즈플러스암진단특약 2종 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지	65
제 1조 【특약의 체결 및 효력】	65
제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】	65
제 3조 【특약내용의 변경 등】	65
제 4조 【계약자의 임의 해지】	65
제 5조 【특약의 보험기간】	65
제 6조 【특약의 소멸】	65
제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)	66
제 7조 【특약의 보험료 납입기간과 보험료의 납입】	66
제 8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】	66
제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	66
제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)	66
제10조 【“암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정】	66
제11조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】	66
제12조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】	66
제13조 【보험금의 종류 및 지급사유】	66
제14조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	67
제4관 보험금 지급 등의 절차	67
제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】	67
제16조 【보험금 등의 지급】	67
제5관 기타사항	67
제17조 【주계약 약관 규정의 준용】	67

무배당 비즈플러스암진단특약 2종 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제 1조 【특약의 체결 및 효력】

- ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자가 본인형, 배우자형 중 선택하여 청약하고 보험회사의 승낙함으로써 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)
- ② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 2조 【피보험자(보험대상자)의 범위】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 본인형, 배우자형에 따라 다음 각 호와 같이 정합니다.
 1. 본인형의 경우 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다.
 2. 배우자형의 경우 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 특약 체결시 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 합니다.
- ② 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ③ 배우자형의 경우 피보험자(보험대상자)가 주계약 피보험자(보험대상자)[주계약이 2인(3인,多人)보장보험인 경우에는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)]의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자의 자격을 상실한 경우에 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 3조 【특약 내용의 변경 등】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알려거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 봅니다.
- ③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4조 【계약자의 임의 해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.[다만, 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아야 합니다]
- ② 제1항에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 5조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간내에서 1년으로 합니다.

제 6조 【특약의 소멸】

- ① 이 특약의 피보험자(보험대상자)에게 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
 1. 본인형의 경우 주계약이 해지되거나 기타사유에 의하여 더 이상 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표(별표3 참조, 이하 같습니다) 중 동일한 재해(별표2 “재해분류표”에서 정하는 재해를 말하며, 이하 같습니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 이 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
 2. 배우자형의 경우 주계약이 해지, 무효 또는 취소된 경우 또는 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 이 특약의 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 주계약의 피보험자(보험대상자)가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었으나 주계약이 소멸되지 아니하는 경우 이 특약도 주계약에 따라 소멸되지 아니합니다. 또한 주계약이 사망보험금 이외의 보험금 지급으로 인하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에도 이 특약은 소멸되지 아니합니다.
- ③ 제1항에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제 7조 【특약의 보험료 납입기간과 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 8조 【보험료 납입연체시 특약의 해지】

- ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우 회사는 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 이 특약을 해지합니다. 주계약에서 정한 보험료 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

제 9조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 주계약의 보험료 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 효력) 제2항을 준용합니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제10조 【“암”, “갑상샘암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정】

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(별표4 참조)”에서 정한 악성신생물(암)로 분류되는 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의 사항】

한국표준질병·사인분류표 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 이차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【사례】

C77(림프절의 이차성 및 상세포형의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 중 일차성 악성신생물(암)이 C73(갑상샘의 악성신생물(암))로 확인되는 경우에는 C73(갑상샘의 악성신생물(암))으로 분류합니다.

- ② 이 특약에 있어서 “갑상샘암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 및 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암” 또는 “기타피부암” 및 “갑상샘암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제11조 【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 “상피내암”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “상피내의 신생물 분류표”(별표5 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 상피내암의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조 【“경계성종양”의 정의 및 진단확정】

- ① 이 특약에서 “경계성종양”이라 함은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “경계성종양 분류표”(별표6 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 경계성종양의 진단확정은 해부병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진

단이 확정되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 “보험금 지급기준표”(별표1 참조)에서 약정한 진단급여금을 지급합니다.

제14조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 제13조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금은 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 사망하고 그 후에 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제13조(보험금의 종류 및 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다.
- ③ 제6조(특약의 소멸)에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내) 중에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 제6조(특약의 소멸)의 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
- ⑥ 제6조(특약의 소멸)의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 장해에 해당하거나, 하나의 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
- ⑦ 제6조(특약의 소멸)의 경우 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 제6조(특약의 소멸)의 경우 동일한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표와 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑩ 청약서상 계약된 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제13조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
- ⑪ 장해분류표에 해당되지 아니하는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑫ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제15조 【보험금 등 청구시 구비서류】

- ① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 등을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진단서(병명기입)]
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
 4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 【보험금 등의 지급】

- ① 회사는 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

【영업일】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

- ② 회사는 제1항에 의한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 주계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제5관 기타사항

제17조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표1)

보험금 지급 기준표

[기준 : 특약보험가입금액 1,000만원]

■ 진단급여금(약관 제13조)

지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	1,000만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	100만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 상피내암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	100만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	300만원
지급사유	이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후에 갑상샘암으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)
지급금액	300만원

- 주) 1. 이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.
 2. 진단급여금은 암, 갑상샘암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 각각 최초 1회의 진단확정에 한하여 지급하여 드립니다.

(별표2)

재해분류표

주계약 약관의 별표2(재해분류표)와 동일

(별표3)

장해분류표

주계약 약관의 별표3(장해분류표)와 동일

(별표4)

대상이 되는 약성신생물(암) 분류표

무배당 비즈플러스암진단특약 1종 약관의 별표4(대상이 되는 약성신생물(암) 분류표)와 동일

(별표5)

상피내의 신생물 분류표

무배당 비즈플러스암진단특약 1종 약관의 별표5(상피내의 신생물 분류표)와 동일

(별표6)

경계성종양 분류표

무배당 비즈플러스암진단특약 1종 약관의 별표6(경계성종양 분류표)와 동일

신체부위의 설명도

