

의사 및 병원배상책임보험

(약관분류코드 : 6190-0000-20220325)



※ 이 약관은 관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.



보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약에 대하여 계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정하고 있습니다. 특히, 보험금 지급이나 보험료납입 관련 등 중요사항에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.



한눈에 보는 현대해상 약관 구성

약관 간편 설명서

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

보통약관

보험계약에서 기본계약을 포함한 사항들을 공통적으로 정해놓은 기본 약관입니다.

특별약관

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



더 자세히 알기 쉬운 설명을 위해 참고하세요!



【 유의사항 】

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



【 용어해설 】

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



【 예시안내 】

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



기타 문의사항

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

약관 간편 설명서

주요내용

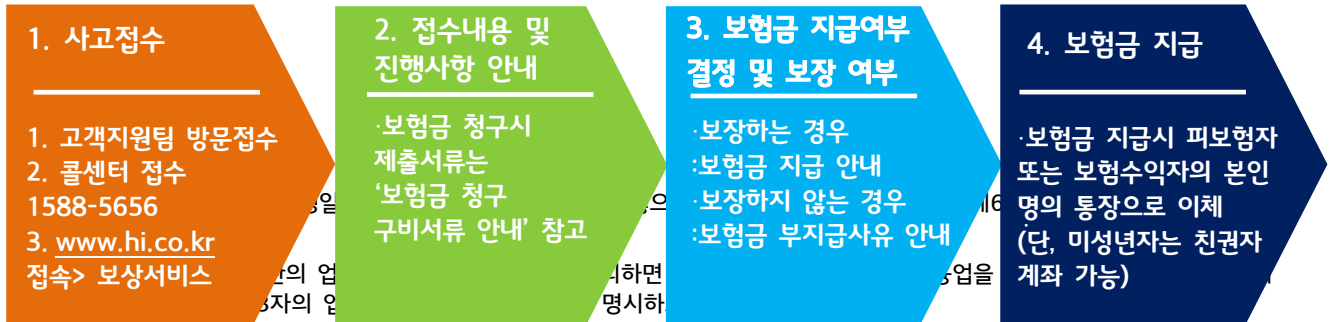
1. 보험용어 해설.....	3
2. 보험금 청구 및 지급절차 안내	4
3. 자주 발생하는 민원 예시	5
4. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기	6

1. 보험용어해설

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

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

2. 보험금 청구 및 지급절차 안내



○ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

○ 장해진단서 제출시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
- (3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 의료심사

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

○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 문자전송)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.
- ※ 대표전화 : 1588-5656

○ 분쟁조정신청

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

※ 금융감독원 금융민원센터

· 전화 : 국번없이 1332

· 인터넷 주소 : www.fcsc.kr

※ 손해보험협회 보험상담소

· 전화 : (02)3702-8500

· 인터넷 주소 : www.knia.or.kr

※ 한국소비자원 소비자상담센터

· 전화 : 국번없이 1372

· 인터넷 주소 : www.cnn.go.kr

약관 간편 설명서

3. 자주발생하는 민원 예시

<사례 1>

제가 청약한 내용과 나중에 받은 보험증권 내용이 달라요

(사례)

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



(유의 사항)

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

<사례 2>

(사례)

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

(유의 사항)

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

4. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기

○ 청약을 철회하고 싶어요

제25조 (청약의 철회)	18
---------------------	----

○ 계약 해지에 대해 알려주세요

제36조 (계약의 해지)	23
---------------------	----

○ 보험료를 납입할 때에 유의할 사항이 있나요?

제31조 (제1회 보험료 등 및 회사의 보장개시)	21
-----------------------------------	----

제32조 (제2회 이후 보험료의 납입)	21
-----------------------------	----

○ 보험료 납입이 연체 되었어요

제33조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	21
--	----

제34조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	22
---	----

○ 보험금 지급에 관해 알려주세요

제1조 (목적)	10
----------------	----

□ 보 통 약 관 10

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

제 2 조(용어의 정의)

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보상하는 손해)

제 4 조(손해배상 청구일자)

제 5 조(보상하지 않는 손해)

제 6 조(손해의 통지 및 조사)

제 7 조(보험금의 청구)

제 8 조(보험금의 지급절차)

제 9 조(보험금 등의 지급한도)

제 10 조(의무보험과의 관계)

제 11 조(보험금의 분담)

제 12 조(손해방지의무)

제 13 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

제 14 조(합의. 절충. 중재. 소송의 협조. 대행 등)

제 15 조(대위권)

제 16 조(보고연장보장기간의 설정 대상계약)

제 17 조(보고연장보장기간의 보상 특칙)

제 18 조(자동보고연장보장기간)

제 19 조(선택보고연장보장기간)

제 20 조(기록의 완비)

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 21 조(계약전 알릴 의무)

제 22 조(계약후 알릴 의무)

제 22 조의 2(양도)

제 23 조(사기에 의한 계약)

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 24 조(보험계약의 성립)

제 25 조(청약의 철회)

제 26 조(약관교부 및 설명의무 등)

제 27 조(계약의 무효)

제 28 조(계약내용의 변경 등)

제 29 조(조사)

제 30 조(타인을 위한 계약)

제 5 관 보험료의 납입

제 31 조(제 1 회 보험료 등 및 회사의 보장개시)

제 32 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

제 33 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- 제 34 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
- 제 35 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

- 제 36 조(계약의 해지)
- 제 36 조의 2(위법계약의 해지)
- 제 37 조(중대사유로 인한 해지)
- 제 38 조(회사의 파산선고와 해지)
- 제 39 조(보험료의 환급)

제 7 관 분쟁의 조정 등

- 제 40 조(분쟁의 조정)
- 제 41 조(관할법원)
- 제 42 조(소멸시효)
- 제 43 조(약관의 해석)
- 제 44 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
- 제 45 조(회사의 손해배상책임)
- 제 46 조(개인정보보호)
- 제 47 조(준거법)
- 제 48 조(예금보험에 의한 지급보장)

의료과실 배상책임 보장조항

- 제 49 조(사고)
- 제 50 조(보상하지 않는 손해)

일반배상책임 보장조항

- 제 51 조(사고)
- 제 52 조(보상하지 않는 손해)

□ 특 별 약 관	29
경호비용보장 특별약관	29
고용주배상책임보장 특별약관	29
후천성 면역결핍증보장 추가특별약관	30
오염사고보장 추가특별약관 (손해사고기준)	30
피보험자지정 특별약관	31
초빙의 및 마취의보장 특별약관	31
형사방어비용보장 특별약관(Ⅰ)	32
형사방어비용보장 특별약관(Ⅱ)	32
형사방어비용보장 특별약관(Ⅲ)	32
관습상의 비용 및 형사합의금보장 특별약관	33
의료사고로 인한 폭행 및 악의적인 파괴행위보장 특별약관	34
벌금보장 특별약관	36

외래진료 휴업손해보장 특별약관	36
임플란트 재수술비용보상 보장특별약관	37
구강악안면외과 턱수술보장 특별약관.....	38
방어업무대행 특별약관	38
AIDS/HIV 및 HEPATITIS 보장제외 추가약관	39
광우병 보장제외 추가약관	39
임상실험 및 약물 테스트 보장제외 추가약관.....	39
석면 보장제외 추가약관	39
단체계약 특별약관	39
단체계약 보험기간 설정에 관한 추가특별약관.....	40
날짜인식오류 보장제외 특별약관	41
보험료분납 특별약관(I).....	41
교차배상 특별약관	42
외국인환자 보장제외 특별약관.....	42
외국인환자만의 보장 특별약관.....	43
리트로플랜 보험료정산 특별약관	43
지정대리청구서비스 특별약관.....	44
미용관련 의료행위 확장보장 특별약관.....	46
손해분담 특별약관	46
공동인수 특별약관.....	46
의료분쟁 관련 가처분 신청비용 보장 특별약관.....	47
예방접종 부작용 특별약관	47
CORONAVIRUS EXCLUSION	48
Pandemic/Infectious Disease Exclusion	48
Communicable Disease Endorsement.....	49
Drop Down Clause.....	50
COMMUNICABLE DISEASE EXCLUSION(LMA 5396).....	50
단체취급 특별약관	51
Communicable Disease Exclusion Clause (LMA5399)	52
CLAIMS CONTROL CLAUSE.....	53
Cyber Incident Exclusion Clause (LMA5272)	54

의사 및 병원배상책임보험 보통약관

일반조항

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

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

제 2 조(용어의 정의)

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

1. 계약 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

[용어해설]

<보험료>

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

보험료 = 순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

나. 피보험자: 보험증권에 피보험자로 기재된 기명피보험자 외에 관계법령에 의하여 면허 또는 자격을 취득한 자로서 기명피보험자의 지시·감독에 따라 상시적 또는 일시적으로 기명피보험자의 의료행위를 보조하는 자를 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

2. 보상 관련 용어

가. 법률상의 배상책임: 법률규정에 따른 배상책임을 말하며 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다

나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제 9 조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.

다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.

라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

바. 의료행위: 보건진료 관계법령에 위배되지 아니하고 의학상 일반적으로 인정되는 수단방법에 의하여 질병과 상해에 대하여 진단하거나 예방, 치료 등의 의료행위를 말합니다.

사. 의료사고: 피보험자가 의료행위를 잘못 행하였거나 당연히 행하였어야 할 의료행위를 행하지 아니함으로써 타인(의료행위의 대상이 되는 수진자를 말합니다)에게 입힌 신체장해를 말합니다.

아. 친족: 민법 제 777 조의 규정에 따릅니다.

자. 신체장해: 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

차. 재물손해: 1) 물리적으로 망가뜨려진 유체물(有體物)의 직접손해

2) 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

3) 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

카. 담보지역: 1) 보험증권에 기재된 국가

2) 공해 또는 공공(公空). 그러나 위 1)에 해당되지 않은 국가에서 1)의 국가로 또는 위 1)의 국가에서 위 1)에 해당하지 않는 국가로 여행하거나 수송하는 중 공해 또는 공공에서 발생한 경우에는 제외합니다.

3) 다음의 경우에는 세계 전지역. 그러나 그로 인한 피보험자의 배상책임이 위 1)에 기재된 국가내에서 소송이나 회사가 합의한 화해액 한도내에서 확정되는 경우에 한합니다.

위 1)의 국가에서 피보험자가 제조하여 판매한 제품으로 생긴 사고

위 1)의 국가에 거주지가 있는 피보험자의 활동으로 생긴 사고.

다만, 보험증권상 담보되는 사업의 목적으로 거주지를 단기간 이탈한 경우에 한합니다.

타. 사고: 급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.

파. 1 회의 사고: 하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상 청구의 수에 관계없이 1 회의 사고로 봅니다.

하. 자동차: 도로상을 주행하기 위하여 설계된 것으로서 육상에서 사용하는 원동기를 붙인 차량, 트레일러 또는 반 트레일러 및 여기에 장착된 장치를 말합니다. 그러나 아래의 차량(여기에 부착된 기계나 장치를 포함합니다)은 자동차로 보지 않습니다.

1) 공공도로 이외의 장소에 사용하기 위하여 만든 차량

2) 피보험자가 소유, 임차한 구내에서만 사용하는 차량

3) 무한궤도를 주행하는 차량

4) 자체추진력 여부에 관계없이 장소의 이동을 목적으로 아래의 기계를 항구적으로 부착한 차량

(1) 파워크레인, 쇼벨, 로더, 굴삭기, 천공기

(2) 그레이더, 스kre퍼, 로울러등의 도로건설 또는 포장용 기계

(3) 에어컴프레서, 펌프, 발전기(분무용, 용접용, 빌딩청소용, 지질 조사용, 조명용 및 우물탐사용을 포함합니다)

(4) 고소작업용 차량 및 작업원의 승강용 기계장치

5) 1) 내지 4)이외의 차량으로 주로 사람이나 물건운송 이외의 목적으로 사용하는 차량. 그러나 아래의 장치를 항구적으로 부착한 자력주행차량은 자동차로 봅니다.

(1) 제설, 도로의 보수관리(도로건설이나 포장공사는 제외합니다) 및 도로 청소용 장치

(2) 작업원의 승강용 기계장치로써 자동차 또는 트럭의 차대에 장착된 고소작업용 차량 및 이와 유사한 장치

(3) 에어컴프레서, 펌프, 발전기(분무용, 용접용, 빌딩청소용, 지질조사용, 조명용 및 우물탐사용을 포함합니다)

가. 공해물질: 연기, 증기, 매연, 연무, 산, 알카리, 화학물질 폐기물(재생, 수리 또는 재활용되는 물질을 포함합니다)을 포함한 고체, 액체, 기체상태의 열성자극물이나 오염물질을 말합니다.

나. 당직의 : 피보험자인 개원의에 의해 일정기간 계약된 자로서 기명피보험자 퇴근 후 출근 전까지 환자접수 및 응급조치수준의 의료행위를 하는 레지던트 이상의 의사면허를 득한 자를 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

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

[예시안내]

<연단위 복리 계산법>

$$100 \text{ 원(원금)} + 100 \text{ 원} \times 10\%(1 \text{ 년차 이자}) + [100 \text{ 원} + 100 \text{ 원} \times 10\%] \times 10\%(2 \text{ 년차 이자}) = \text{총 } 121 \text{ 원}$$

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 피해자에게 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 이 약관과 이에 첨부된 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 제 12 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

나. 피보험자가 제 12 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호에 따라 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]

<공탁보증보험료>

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 13 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 보험기간 중에 최초로 제기된 손해배상 청구에 대하여 보상하여 드립니다. 그러나 보험증권 상에 소급적용일자가 기재되어 있을 경우에 소급적용일자 이전 또는 보험기간 종료 후에 행한 행위에 대한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 4 조(손해배상청구일자)

제 3 조(보상하는 손해)의 제 2 항의 「보험기간 중에 최초로 제기된 손해배상청구」라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 피보험자와 회사가 손해배상 청구를 받은 경우에는 먼저 접수한 쪽의 손해배상청구를 기준으로 합니다. 그러나 피보험자가 접수한 경우에는 명백한 입증자료가 없는 한 그 사실을 회사에 알린 날을 손해배상 청구가 처음 제기된 날로 봅니다.

2. 어느 하나의 사고에 대한 다수의 손해배상 청구는 그 중 최초로 제기된 날을 모든 손해배상 청구가 제기된 일자로 봅니다.

제 5 조(보상하지 않는 손해)

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 손해배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상하여 드립니다.
5. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상청구 및 오염제거비용
6. 피보험자의 근로자가 피보험자의 업무에 종사 중 입은 신체장해에 대한 배상청구
7. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상청구

[용어해설]

<징벌적 손해>

민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

제 6 조(손해의 통지 및 조사)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제 657 조 제 1 항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제 3 조(보상하는 손해) 제 1 호 및 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

제 7 조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제 8 조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[용어해설]

<가지급보험금>

보험금 지급이 늦어지는 경우 보험수익자 청구에 따라 확정된 보험금을 먼저 지급하는 제도

- ② 회사는 제 1 항의 지급보험금이 결정된 후 7 일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지

않았을 때에는 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지체된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율(제 8 조 제 2 항 관련)

기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31 일이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61 일이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

제 9 조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제 3 조(보상하는 손해) 제 1 항 제 1 호의 손해배상금 : 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제 3 조(보상하는 손해) 제 1 항 제 2 호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제 3 조(보상하는 손해) 제 1 항 제 2 호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도 내에서 보상합니다.
- ② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제 10 조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제 11 조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제 1 항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제 1 항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

[용어해설]

<의무보험>

가입여부와 관계없이 자동차손해배상보장법, 산업재해보상보험법 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험

제 11 조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는

영향을 미치지 않습니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>

손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A, B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

B 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

<비례분담예시 2>

손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A, B 사 계약 모두 보상한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

제 12 조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제 3 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제 13 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사가 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제 14 조(합의, 절충, 중재, 소송의 협조, 대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제 1 항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

[용어해설]

<보상책임을 지는 한도>

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제 1 항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제 1 항의 절차를 대행하지 않습니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제 1 항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제 15 조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제 1 항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제 16 조(보고연장보장기간의 설정 대상계약)

회사는 아래와 같은 경우에 제 18 조(자동보고연장보장기간)에 규정된 보고기간을 자동으로 연장하여 드리며, 추가보험료를 납입하면 제 19 조(선택보고연장보장기간)에 규정된 보고기간 연장배서를 발급하여 드립니다.

1. 보험료 미납의 경우를 제외하고 이 보험계약이 해지되거나 갱신되지 않았을 경우
2. 회사가 이 보험을 배상청구 기준으로 이 보험증권상의 소급적용일자 이후의 날짜를 소급적용일자로 하는 보험으로 갱신 또는 대체했을 경우
3. 회사가 이 보험증권을 배상청구 기준이 아닌 보험으로 대체했을 경우

제 17 조(보고연장보장기간의 보상 특칙)

회사가 보고기간을 연장할 때에는 이 약관 제 3 조(보상하는 손해)에 다음의 조항을 추가 적용합니다.

1. 보고연장기간 내에 최초로 제기된 손해배상 청구는 보험기간 만료일에 제기된 것으로 봅니다. 그러나, 소급적용일자와 보험기간 만료일 사이에 행한 행위에 대한 손해배상 청구에 한합니다.
2. 보고기간이 연장된 경우에도 보상한도액이 복원 또는 증가되거나 보험기간이 연장되는 것은 아닙니다.

제 18 조(자동보고연장보장기간)

① 자동 보고연장보장기간이라 함은 아래의 제 1 호. 또는 제 2 호와 같습니다.

1. 보험기간 만료일로부터 60 일간
2. 보험기간 만료일로부터 5 년간. 이 자동 보고연장보장기간은 보험증권상의 소급적용일자부터 보험기간 만료일 이후 60 일 이내의 기간 동안에 회사에 통지된 행위에 대하여 손해배상청구가 제기된 경우에만 적용됩니다. 또한, 이 자동 보고연장보장기간은 그 손해배상 청구를 보상 받을 수 있는 보험에 가입하지 않았거나 다른 보험의 보상한도액이 모두 소진되었을 경우에 한하여 보상하여 드립니다.
3. 피보험자가 제 2 호에 따라 회사에 사고를 통지할 때에는 손해배상청구가 제기될 것이 합리적으로 예상되는 경우에 한하여 지체 없이 그 내용을 제 6 조(손해의 통지 및 조사) 제 1 항의 내용에 준용하여 서면으로 회사에 알려야 합니다.

② 이 자동 보고연장보장기간은 해지할 수 없습니다.

제 19 조(선택보고연장보장기간)

선택적인 보고연장보장기간 배서가 발행된 경우 그 보고연장보장기간은 이 보험기간 만료일로부터 무기한이 됩니다. 그러나, 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 아래의 조건을 이행한 경우에는 회사는 보고연장보장기간 배서를 발행합니다.

1. 회사에 대하여 서면으로 보험기간 만료일로부터 60 일 이내에 서면으로 보고기간의 연장을 요청하여야 합니다.
2. 소정의 납입기일에 추가보험료를 납입하여야 합니다. 납입기일까지 추가보험료가 납입되지 않을 경우에는 보고연장보장기간 배서는 무효가 됩니다. 그리고 추가보험료가 납입기일까지 납입되었을 때에는 보고연장보장기간 배서는 해지할 수 없습니다.

제 20 조(기록의 완비)

계약자 또는 피보험자는 업무수행에 관한 기록을 비치하여야 합니다. 피보험자가 정당한 이유 없이 이 의무를 게을리 한 때에는 회사는 그로 인하여 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 21 조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제 22 조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 보험 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이

와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

- ② 회사는 제 1 항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1 개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

[용어해설]

<해지>

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

- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 22 조의 2(양도)

보험 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동意的한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제 23 조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 24 조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제 1 회 보험료(이하 '제 1 회 보험료 등'이라 합니다)를 받은 경우에는 청약일부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하며 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 청약을 승낙한 때에는 지체 없이 보험증권을 계약자에게 교부하여 드리며, 청약을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드립니다.
- ④ 이미 성립한 계약을 연장하거나 변경하는 경우에는 회사는 보험증권에 그 사실을 기재함으로써 보험증권의 교부에 대신할 수 있습니다.

제 25 조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90 일 이 내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[용어해설]

<전문금융소비자>

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

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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

제 26 조(약관 교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제 1 항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ④ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[용어해설]

<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

<약관의 중요한 내용>

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명 의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

- ◆ 해지환급금에 관한 사항
- ◆ 분쟁조정절차에 관한 사항
- ◆ 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<자필서명>

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

※ 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명

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

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

제 27 조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 28 조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 회사는 계약자가 제 1 회 보험료 등을 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제 1 항 제 5 호의 규정에 의하여 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 제 39 조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.

[유의사항]

<보험가입금액 등의 감액시 환급금>

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

④ 회사는 제 1 항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 29 조(조사)

① 회사는 보험 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제 1 항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1 년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제 30 조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[용어해설]

<타인을 위한 계약>

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 31 조(제 1 회 보험료 등 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료 등을 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 제 1 회 보험료 등을 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.
- ③ 제 2 항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제 21 조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제 5 조(보상하지 않는 손해), 제 23 조(사기에 의한 계약), 제 27 조(계약의 무효) 또는 제 36 조(계약의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- ④ 계약자가 제 1 회 보험료 등을 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출승인에 필요한 정보를 회사에 제공한 때가 제 1 회 보험료 등을 납입한 때가 되나, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제 1 회 보험료 등이 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ⑤ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항 내지 제 3 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 32 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

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

[용어해설]

<납입기일>

계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 33 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에는, 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 다음의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 계약상의 보장을 합니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 그 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 제 1 항의 납입최고(독촉)기간은 납입최고(독촉)의 통지가 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 도달한 날부터 시작되며, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독

촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

- ③ 회사가 제 1 항에 의한 납입최고(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 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제 1 항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성 녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제 39 조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.

[용어해설]

<납입최고(독촉)>

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

제 34 조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제 33 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제 39 조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이자율 + 1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 21 조(계약 전 알릴 의무), 제 23 조(사기에 의한 계약), 제 24 조(보험계약의 성립), 제 31 조(제 1 회 보험료 등 및 회사의 보장개시) 및 제 36 조(계약의 해지)의 규정을 준용합니다.

제 35 조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제 39 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권 실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제 28 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[용어해설]

<강제집행과 담보권 실행>

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

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

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

◆ 추심명령 : 채무자가 제 3 채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에게 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

◆ 전부명령 : 채무자가 제 3 채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

<국세 및 지방세 체납처분 절차>

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.
국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 36 조(계약의 해지)

- ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제 21 조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때

[용어해설]

<고의>

자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

<중대한 과실(중과실)>

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

2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제 22 조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 이행하지 않았을 때
- ④ 제 3 항 제 1 호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료 등을 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
 4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ⑤ 제 3 항에 의한 계약의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 않습니다. 그러나 손해가 제 3 항 제 1 호 및 제 2 호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전, 후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 36 조의 2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 해지를 요구하려는 경우에는 동종의 다른 의무보험에 가입되어 있어야 합니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 39 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 37 조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 - 2. 계약자 또는 피보험자가 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 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제 39 조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 38 조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 39 조(보험료의 환급)에 의한 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 39 조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실 또는 해지된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생하여 보험금이 지급된 사실이 있으면 어떠한 경우에도 당해 보험년도(초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째날)부터 1 년간, 차년도(둘째년도) 이후는 각각 보험기간의 초일(첫째날) 해당일로부터 1 년간을 말합니다)의 보험료는 돌려드리지 않습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자의 책임 없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실 또는 해지의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 - 2. 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 제 1 항 제 2 호에서 '계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유'라 함은 다음각호를 말합니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우
 - 2. 회사가 제 23 조(사기에 의한 계약), 제 36 조(계약의 해지) 또는 제 37 조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
 - 3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
- ③ 계약의 무효, 효력상실 또는 해지로 인하여 회사가 돌려드려야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ④ 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 40 조(분쟁의 조정)

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

제 41 조(관할법원)

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

제 42 조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[유의사항]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다

제 43 조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 44 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

[용어해설]

<보험안내자료>

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제 45 조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 인하여 계약자 및 피보험자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 계약자 또는 피보험자에게 손

해를 가한 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[용어해설]

<현저하게 공정을 잃은 합의>

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

제 46 조(개인정보보호)

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

제 47 조(준거법)

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

제 48 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

[용어해설]

<예금자보호제도>

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1 인당 최고 5,000 만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

의료과실 배상책임 보장조항

제 49 조(사고)

이 보장조항에서 회사가 보상하는 일반조항 제 3 조(보상하는 손해)의 사고라 함은 피보험자가 수행하는 의료행위와 관련하여 과실에 의해 타인의 신체에 장애(이하 "신체장애"라 합니다)를 입혀 발생하는 의료사고를 말합니다.

제 50 조(보상하지 않는 손해)

회사는 일반조항 제 5 조(보상하지 않는 손해)에 추가하여 아래의 배상책임에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 의료결과를 보증함으로써 가중된 배상책임
3. 피보험자의 지시에 따르지 않은 피보험자의 피용인이나 의료기사의 행위로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임. 단, 방사능을 이용하여 의료진단을 하는 경우로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
5. 위 제 4 호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

6. 미용 또는 이에 준한 것을 목적으로 한 의료행위 후 그 결과에 관하여 생긴 손해에 대한 배상책임. 단, 의료행위의 결과로 생긴 신체장해 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
7. 피보험자의 업무시설 또는 설비, 항공기, 차량(원동력이 인력인 경우도 포함), 자동차, 선박, 동물의 점유, 사용 또는 관리에 기인하는 배상책임. 그러나 피보험자가 동승하여 환자의 긴급수송도중 수행한 의료행위의 과실에 기인하는 배상책임은 보상합니다.
8. 타인의 명예를 훼손하거나 비밀을 누설함으로써 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 공인되지 않은 특수의료 행위를 함으로써 생긴 손해에 대한 배상책임
여기서 공인된 의료행위란 의학문헌 등을 통하여 임상의학의 분야에서 통상의 의사에게 의료행위 당시 일반적으로 알려져 있고 또 시인되고 있는 이른바 의학상식에 따른 의료행위를 말합니다.
10. 재물손해에 대한 배상책임
11. 후천성면역결핍증(AIDS) 및 간염(HAPATATIS)에 기인하여 발생하는 손해에 대한 배상책임
12. 피보험자의 부정, 사기, 범죄행위 또는 피보험자가 음주상태나 약물복용 상태에서 의료행위를 수행함으로써 생긴 손해에 대한 배상책임

[용어해설]

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

일반배상책임 보장조항

- 음식물 제공에 따른 배상책임을 포함합니다 -

제 51 조(사고)

이 보장조항에서 회사가 보상하는 일반조항 제 3 조(보상하는 손해)의 사고라 함은 다음을 말합니다.

1. 피보험자가 제조·판매·공급하는 재물(이하『생산물』이라 합니다)이 타인에게 양도된 후 그 생산물로 생긴 우연한 사고
2. 피보험자가 소유, 또는 관리하는 시설 및 그 시설의 용도에 따른 업무의 수행으로 생긴 우연한 사고
3. 피보험자가 소유, 사용, 관리하는 주차시설 및 그 시설의 용도에 따른 주차업무의 수행으로 생긴 우연한 사고

제 52 조(보상하지 않는 손해)

회사는 일반조항 제 5 조(보상하지 않는 손해)에 추가하여 아래의 배상책임에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 보험계약자 또는 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위를 포함합니다)하는 재물이 손해를 입음으로써 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가지는 사람에 대한 손해배상책임. 그러나 아래의 손해를 보상합니다.
가. 피보험시설에 설치된 엘리베이터로 생긴 재물손해에 대한 배상책임
나. 주차목적으로 수탁 받은 고객의 차량에 생긴 손해에 대한 배상책임. 단, 차량에 부착한 고정설비가 아닌 차량 내에 놓아둔 물건의 손해 및 차량의 사용 손실 등 일체의 간접손해는 보상하지 않습니다.
2. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 위 제 2 호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
4. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임

5. 에너지 및 관리할 수 있는 자연력, 상표권, 특허권 등 무체물에 입인 손해에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 점유, 임차, 사용 또는 관리(화물의 하역작업을 포함합니다) 하는 자동차, 항공기, 선박으로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 피보험자가 주차의 목적으로 수탁받은 차량으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
7. 피보험자가 양도한 시설로 생긴 배상책임과 시설자체의 손해에 대한 배상책임
8. 피보험자의 채무불이행이나 이행지체 또는 피보험자의 생산물이나 공사물건이 보험자가 보증한 성능, 품질적합성 또는 내구성의 결함으로 생긴 물리적으로 파손되지 않은 유체물의 사용손실에 대한 배상책임
9. 생산물의 성질 또는 하자에 의한 생산물 자체의 손해에 대한 배상책임
10. 결함 있는 생산물의 회수, 검사, 수리 또는 대체비용 및 사용손실에 대한 배상책임
11. 공사의 종료(공사물건의 인도를 요하는 경우에는 인도) 또는 폐기 후 공사의 결과로 부담하는 배상책임 및 공사물건 자체의 손해에 대한 배상책임
12. 의사(한 의사 및 수의사를 포함합니다), 간호사, 약사, 건축사, 설계사, 측량사, 이용사, 미용사, 안마사, 침술사(『뜸』을 포함합니다), 접골사 등 전문직업인의 직업상 과실로 생긴 손해에 대한 배상책임
13. 가입여부를 묻지 않고 의무보험인 가스사고배상책임보험 또는 화재보험의 신체손해배상책임보장 특별약관에서 보상하는 손해에 대한 배상책임
14. 지하매설물에 입힌 손해 및 손해를 입은 지하매설물로 생긴 다른 재물의 손해에 대한 배상책임

[용어해설]

<핵연료물질>

사용된 연료를 포함합니다.

<핵연료물질에 의하여 오염된 물질>

원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

의사 및 병원배상책임보험 특별약관

경호비용보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 3 조(보상하는 손해) 제 1 항 의 규정에도 불구하고 의료분쟁과 관련하여 보험기간 중에 발생한 의료기관 점거·난동 및 부당한 보상강요에 대응하여 사건처리 수습, 조정을 위해 피보험자와 회사가 적절한 대책을 조사하여 구하는 등의 지원이 필요하다고 인정되는 경우 의료 과실유무에 관계없이 해당 보상한도액의 범위 이내에서 합리적이고 필요 타당한 경호비용을 지급합니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래에 기재된 배상책임 및 손해와 관련된 경호비용은 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 일반조항 제 5 조(보상하지 않는 손해)
2. 보통약관 의료과실 배상책임 보장조항 제 50 조(보상하지 않는 손해)
3. 상기의 경호 행위 중 발생한 신체장해 및 재물손해

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 보통약관을 따릅니다. 단, 보통약관 일반조항 제 11 조(보험금의 부담)은 적용하지 않습니다.

고용주배상책임보험 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 일반조항 제 5 조(보상하지 않는 손해) 제 6 호의 규정에도 불구하고 피보험자의 근로자가 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체장해 사고로 인하여 피보험자가 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 일반조항 제 5 조(보상하지 않는 손해)에 추가하여 피보험자가 아래에 기재된 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 제 2 호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 생긴 손해
4. 근로자의 고의 또는 범죄행위로 생긴 손해. 그러나 그 근로자에게 생긴 손해에 한합니다.
5. 피보험자가 피보험자의 보험자가 근로기준법, 산업재해보상보험법 또는 이와 유사한 법률상 부담하는 책임
6. 피보험자의 하도급업자의 근로자에게 생긴 손해
7. 작업장 내에서의 간이치료비

8. 피보험자와 근로자와의 사이에 손해배상 또는 재해보상에 대한 다른 약정이 있는 경우 그 약정에 따른 가중된 배상책임
9. 근로기준법, 산업재해보상보험법 또는 이와 유사한 법률의 규정에 의하여 급부를 행한 보험자가 구상권의 행사 또는 비용의 청구를 함에 따라 부담하게 된 배상책임
10. 근로기준법, 산업재해보상보험법 또는 이와 유사한 법률에 의하여 보상대상이 되지 않는 업무상 재해에 대한 피보험자의 배상책임
11. 피보험자의 동거친족에 대한 배상책임
12. 재해발생일로부터 3년이 경과한 후, 피보험자가 손해배상청구를 받음으로써 부담하게 된 배상책임
13. 위법고용인 근로자에 대한 배상책임

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

후천성 면역결핍증보장 추가특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 50 조(보상하지 않는 손해)의 제 11 호의 규정에도 불구하고 후천성 면역결핍증 또는 그 병명에 관계없이 이와 유사한 증상이나 상태에 기인한 모든 배상책임 및 손해배상청구를 보장합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

오염사고보장 추가특별약관 (손해사고기준) - 적출물로 인한 오염사고 보장을 위한 특별약관 -

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보상하지 않는 손해) 제 5 호의 규정에도 불구하고 아래에 기재된 시설과 업무로 급격하게 발생한 오염사고로 타인에게 신체장해나 재물손해를 입힘으로써 법률상 배상하여야 할 책임 있는 손해 및 오염제거 비용을 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 피보험자가 아래에 기재된 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 및 오염제거비용을 보상하지 않습니다.

1. 배출시설에서 통상적으로 배출되는 배수 또는 배기(연기를 포함합니다)로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용
2. 급격한 사고가 아닌 오염물질이 서서히, 계속적 또는 반복적으로 누적되어 발생한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거비용

제 3 조(보상한도의 특칙)

- ① 회사는 보험보통약관 제 3 조(보상하는 손해) 및 제 9 조(보험금 등의 지급한도)의 규정에도 불구하고 법률규정 또는 손해방지의 목적여부에 관계없이 손해배상금(오염제거작업중 생긴 사고로 인한 손해배상금을 포함합니다)과 오염제거비용의 합계액을 보험증권상의 보상한도액 내에서만 보상하여 드립니다.

② 손해배상을 수반하지 않는 오염제거비용에 대하여도 보통약관 제 9 조(보험금 등의 지급한도) 제 2 항의 규정을 적용합니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기타특별약관을 따릅니다.

피보험자지정 특별약관

제 1 조(용어의 대체)

회사는 보통약관 제 2 조(용어의 정의) 『피보험자』에도 불구하고 피보험자를 다음으로 대체합니다. 『피보험자』라 함은 보험증권에 피보험자로 기재된 기명 피보험자 외에 관계법령에 의하여 면허 또는 자격을 취득한 자로서 기명피보험자의 지시·감독에 따라 상시적 또는 일시적으로 기명피보험자의 의료행위를 보조하는 자를 포함합니다. 단, 기명피보험자와 고용관계 유무에 관계없이 의사는 피보험자에서 제외합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

초빙의 및 마취의보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관과 의료과실배상책임 보장조항에 관하여 아래에 기재된 자도 피보험자로 봅니다.

1. 기명피보험자가 개인일 경우 그에 소속 또는 고용되지 않은 자로서 기명 피보험자의 초빙에 의하여 일시적으로 기명 피보험자의 의료행위를 보조하는 의사(마취의 포함, 이하 “초빙의”라 합니다.)
2. 기명피보험자가 의료기관인 경우, 그에 소속 또는 고용되지 않은 자로서 기명 피보험자의 초빙에 의하여 일시적으로 기명피보험자의 수진자에 대하여 의료행위를 하거나 기명피보험자에 소속 또는 고용된 의사의 의료행위를 보조하는 의사(마취의 포함, 이하 “초빙의”라 합니다.)

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보상하지 않는 손해) 및 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 추가하여 아래의 배상책임에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 지시에 따르지 않은 행위로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 초빙의 또는 마취의가 해당 의료사고로 인하여 생긴 배상책임을 보상하는 별도의 공제 또는 보험 등으로부터 지급받을 수 있는 금액 상당의 손해에 대한 배상책임

제 3 조(통지의무)

피보험자는 반드시 사전에 대진의 및 초빙의의 진료 및 시술계획을 사전에 서면으로 회사에 알려야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

형사방어비용보장 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 수행하는 의료행위와 관련하여 과실에 의한 의료사고로 인하여 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의해 구속되었을 경우에는 변호사 보수 등 방어비용으로 피보험자가 지출한 비용에 대하여 1 사고당 보험증권에 정한 금액을 한도로 하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

1. 의료과실배상책임 보장조항 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 정한 사항
2. 의료사고 후 증거를 인멸한 때

제 3 조(공제금액)

회사는 형사방어비용의 보상에 대하여는 공제금액을 적용하지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

형사방어비용보장 특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 수행하는 의료행위와 관련하여 과실에 의한 의료사고로 인하여 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의해 구속되었거나 검찰에 의해 공소 제기된 경우에는 변호사 보수 등 방어비용으로 피보험자가 지출한 비용에 대하여 1 사고당 보험증권에 정한 금액을 한도로 하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

1. 의료과실배상책임 보장조항 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 정한 사항
2. 의료사고 후 증거를 인멸한 때

제 3 조(공제금액)

회사는 형사방어비용의 보상에 대하여는 공제금액을 적용하지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

형사방어비용보장 특별약관(Ⅲ)

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 수행하는 의료행위와 관련되고 성폭력, 성희롱 및 이와 유사하거나 관련된 사건에 기인한 사고로 인해 구속영장에 의해 구속되었거나 검찰에 의해 공소 제기된 후에 수사기관으로부터 불기소처분(혐의없음 혹은 죄가 안됨 취지의 불기소 처분이나 이에 준하는 각하 결정에 한함)을 받거나 무죄 판결이 확정된 경우, 변호사 보수 등 방어비용으로 피보험자가 지출한 비용에 대하여 1 사고당 보험증권에 정한 금액을 한도로 하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

피보험자라 함은 보험증권에 기재된 의료기관 및 의료기관에 소속 또는 고용되어 아래에 해당되는 자를 말합니다.

1. 한국보건 의료인국가시험원에서 시행하는 한의사 시험에 합격한 후, 보건복지부 장관의 면허를 받은 자

제 3 조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 정한 사항
2. 의료사고 후 증거를 인멸한 때

제 4 조(공제금액)

회사는 형사방어비용의 보상에 대하여는 공제금액을 적용하지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

관습상의 비용 및 형사합의금보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

우리회사(이하 「회사」라 합니다.)는 의사 및 병원배상책임보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다.) 제 3 조(보상하는 손해)에도 불구하고 환자의 신체장해에 대하여

1. 의료행위의 결과로 환자가 사망(뇌사상태를 포함합니다.) 하고
2. 환자의 유족이 피보험자의 과실을 주장하여 의료분쟁을 제기하여
3. 의료공제조합 또는 보험회사에 의료분쟁조정이 접수되거나 사법기관에 고소, 고발이 이루어진 것에 한하여 피보험자의 배상책임 유무에 관계없이 피보험자가 회사의 동의를 얻어 관습상 유족에게 지급한 조의 금이나 위로금 또는 형사합의금을 보상하여 드립니다.

제 2 조(보상한도액)

회사는 관습상의 비용이 지급에 있어 피해자 1인에 대하여 아래에 정한 금액의 한도 내에서 보상하되 그 한도는 ()원을 초과할 수 없습니다. 또한 보험기간 중에 회사가 지급할 관습상의 비용 또는 형사합의금의 합계는 아래에 정한 보험기간 중 총 지급한도액 내에서 지급합니다.

제 3 조(공제금액)

회사는 관습상의 비용 또는 형사합의금의 보상에 대하여는 공제금액을 적용하지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

의료사고로 인한 폭행 및 악의적인 파괴행위보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관과 의료과실 배상책임 보장조항과 관련하여 피보험자의 의료행위의 결과로 환자에게 신체장해 또는 사망(뇌사상태를 포함합니다.) 등의 사고가 발생하고, 환자 및 환자의 가족 등이 피보험자의 과실을 주장하는 의료분쟁을 제기하거나, 제기하는 과정에서 일으킨 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

1. 신체장해 또는 사망을 당한 환자 또는 환자의 가족 등 의료사고로 인한 피해를 주장하는 자가 보험기간 중에 피보험자에게 고의적이고 악의적인 행위로 폭행을 가하여 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 - 가. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
 - 나. 보험기간 중 상해로 장해분류표(<별표 1> 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)
2. 신체장해 또는 사망을 당한 환자 또는 환자의 가족 등 의료사고로 인한 피해를 주장하는 자가 보험기간 중에 피보험자에게 고의적이고 악의적인 행위로 피보험자가 소유, 관리하는 시설 또는 그 시설에 수용된 가재 등 재물에 입힌 손해를 보상한도액 내에서 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호 가목에는 보험기간 중 생사가 분명하지 않아 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.
- ② 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호 나목에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.
- ③ 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 호 나목에서 장해지급률이 상해발생일 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10 년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2 년 이내로 하고, 보험기간이 10 년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 제 5 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 7 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
 - 2. 제 1 호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해
- ⑨ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 제 1 조(보상하는 손해)의 상해손해와 관련하여 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - 2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
 - 3. 계약자의 고의
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제 1 조(보상하는 손해)의 상해손해와 관련하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 않습니다.
 - 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
 - 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
 - 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 제 1 조(보상하는 손해)의 재물손해와 관련하여 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의해 피보험자가 소유, 관리하는 시설 또는 그 시설에 수용된 가재 등에 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 건물의 일부를 구성하는 유리에 입힌 손해
2. 도난, 절도, 강도에 의한 손해
3. 건물을 30 일 이상 계속 비워두었을 경우에 생긴 손해
4. 증기보일러, 증기파이프, 증기터어빈, 증기기관의 폭발 또는 파열 또는 원심력에 의하여 발생한 기계의 회전부분의 폭발 또는 파열로 인한 손해

제 4 조(공제금액)

회사는 의료사고로 인한 폭행 및 악의적인 파괴행위의 보상에 대하여는 공제금액을 적용하지 않습니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

벌금보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 대한민국 내에서 의료행위의 수행 중 과실에 의한 의료사고로 인하여 타인의 신체에 장해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 벌금에 상당하는 금액을 1 사고당 _____만원을 한도로 하여 보상하여 드립니다.
- ② 제 1 항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우 이는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 배상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 배상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 정한 사항
2. 의료사고 후 증거를 인멸한 때

제 3 조(공제금액)

회사는 벌금의 보상에 대하여는 공제금액을 적용하지 않습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외래진료 휴업손해보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 의료분쟁과 관련하여 피해자 측의 진료방해 및 난동 등으로 부득이 휴업하거나 회사의 요청에 의해 관계기관 출석 등으로 휴업한 때에는 의료과실 유무에 관계없이 보험기간 중 하나의 병(의)원당 최대 15 일 한도 내에서 1 일 500,000 원의 외래진료 휴업손해를 보상합니다. 이 경우의 휴업은 의료기관을 폐문한 상황에서 외래진료를 휴진한 것을 말합니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 휴업사유가 사건자체의 제약여건 또는 객관 타당한 사유가 입증되지 않은 내부사정 등으로 자의에 의해 단순한 진료업무중지 등은 보상하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다

임플란트 재수술비용보상 보장특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 3 조(보상하는 손해)에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 시술한 임플란트의 수술실패로 인하여 재수술이 불가피한 경우 재수술과 직접적으로 관련되고 최초 임플란트 수술 후 1년 내(신경손상으로 인한 미세신경접합술은 2년)에 재수술이 실제 시행된 경우 아래 재수술비용에 한하여 피보험자가 회사의 동의를 얻어 환자에게 지급한 수술 실비를 보상하여 드립니다. 단, 본 특약의 지급 보험금은 동약관의 보통약관 및 의료과실 배상책임 보장조항과 중복하여 지급되지 않습니다.

피보험자는 임플란트의 수술실패로 재수술이 불가피하다고 판단한 경우, 보험회사에 지체 없이 통보하여야 하며 재수술에 대한 보험회사의 승인을 받는 것을 보상의 전제조건으로 합니다.

상기 보상하는 손해의 임플란트의 수술실패란 아래의 기준에 한합니다.

1. 신경손상
2. 주위염증
3. 임플란트의 동요
4. 부적절한 위치 및 각도로 식립
5. 상악동개통
6. 악골골절

또한 통상적인 재수술비용은 아래의 기준에 한합니다.

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. 미세신경접합술 | (500 만원 한도/수술 1 회당) |
| 2. 악골골절-고정술 | (300 만원 한도/수술 1 회당) |
| 3. 칼드웰-록 | (200 만원 한도/수술 1 회당) |
| 4. 상악동개통-제거술 | (200 만원 한도/수술 1 회당) |
| 5. 임플란트 매식체재수술 | (250 만원 한도/대당) |
| 6. 골이식수술 | (100 만원 한도/수술 1 회당) |

제 2 조(보상한도액)

회사는 임플란트 재수술비용 지급에 있어 환자 1인에 대하여 보험증권에 정한 한도액 내에서 보상하되 그 한도는 환자 1인당 1천만원을 초과할 수 없습니다. 또한 보험기간 중에 회사가 지급할 임플란트 재수술 비용의 합계는 보험 증권(가입증명서)에 정한 보험기간 중 총지급한도액 내에서 지급합니다.

제 3 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보상하지 않는 손해) 및 의료과실배상책임보장조항 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 추가하여 다음의 손해도 보상하지 않습니다. 아울러, 제 5 조 및 50 조의 배상청구의 문구는 배상청구와 동일하게 해석합니다.

1. 환자(피해자)의 고의, 중과실
2. 임플란트 시술과 무관한 환자의 상해사고로 인한 임플란트 실패
3. 환자의 관리 부주의 또는 피보험자의 지시 불이행으로 인한 임플란트 실패
4. 환자의 기왕증이나 선천적 질병으로 인한 임플란트 실패
5. 환자에 대한 의료기록이 없는 경우
6. 임플란트 자체 결함으로 인한 손해
7. 임플란트 시술 인접 치아의 손상에 따른 치료비용
8. 환자의 임의적인 임플란트 제거 요청에 따른 제거 및 그에 따른 환불손해
9. 만성통증
10. 만 15 세 미만 70 세 초과 환자에게 시술한 임플란트 실패
11. 임플란트 시술 1 년 후 발생한 재수술 비용(단, 신경손상의 경우 1 년내 보험회사에 서면통보된 건에 한하여 2 년내 발생한 미세신경접합술비용은 보장합니다.)
12. 근로기준법, 국민건강보험법 기타 유사법률에 의하여 보상되는 신체장해에 대한 치료비

구강악안면외과 턱수술보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 3 조(보상하는 손해)에도 불구하고, 보험기간 중 피보험자가 수행하는 구강악안면외과 진료 중 잘못 성장한 턱을 정확한 위치로 교정하는 수술과 관련하여 피보험자의 과실에 의한 의료분쟁이 발생하는 경우 그로 인한 피보험자의 법률상 배상책임을 보상합니다. 단, 본 특별약관의 지급보험금은 보통약관과 중복하여 지급되지 않습니다.

* 대한구강악안면외과학회 진료영역 정의 참고

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

방어업무대행 특별약관

제 1 조(방어업무대행)

피보험자가 손해배상청구를 받은 경우에는 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 부담하는 한도 내에서 피보험자의 동의를 얻어 피보험자를 위하여 절충, 합의, 중재 또는 소송을 대행할 수 있습니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사가 제 1 항의 대행을 하는 때에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 이에 협력하여야 합니다. 만약 보험계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대하여는 보상하지 않습니다.

AIDS/HIV 및 HEPATITIS 보장제외 추가약관

간염이나 초기에 인간 T 세포 림프영양성바이러스 III (HTLV III), 림프절 종창 연관 바이러스(LAV)로 불리던 인체면역결핍 바이러스(HIV)나 이에 대한 돌연변이, 파생 혹은 변종, 후천성 면역 결핍증 혹은 에이즈 관련 복합체 증후군 (ARC)이나 이와 비슷한 종류로 명명되어질 수 있는 증후군 혹은 증상으로 인한 직접적 혹은 간접적으로 기인한 배상청구는 보상하지 않습니다.

광우병 보장제외 추가약관

직. 간접을 불문하며 전염성 해면상뇌증, 우해면양뇌증 (광우병 : BSE)에 국한되지 않고 프리온 병(TSE) 혹은 변종 크로이츠펠트-야코프병(vCJD) 등의 증상으로 인한 모든 손실 (손해, 손실, 비용)을 보상하지 않습니다.

임상실험 및 약물 테스트 보장제외 추가약관

보험회사의 사전 동의를 구하지 않고 실행된 임상실험 또는 약물테스트에 의해 제 3 자로부터 제기된 배상청구를 보상하지 않습니다. 여기서 “약물테스트”라 함은 환자나 인체에 대한 약물 처치를 수반한 임상적 연구를 의미합니다.

석면 보장제외 추가약관

어떠한 종류나 양에 상관없이 석면에 기인하거나 그로 인한 직. 간접적 결과로 인하여 발생한 손해에 관한 청구에 대한 실질적 혹은 주장되는 모든 배상책임을 보장하지 않습니다.

단체계약 특별약관

제 1 조 (적용범위)

이 특별약관은 동일한 단체에 소속된 5 인(또는 법인)이상의 피보험자가 단체 또는 단체의 대표자를 보험계약자로 하는 보험계약(이하 단체계약 이라 합니다)으로 다음조건을 충족하는 계약에 대하여 적용합니다.

1. 계약자 및 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.
 - 가. 1 종 단체 : 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따를 것
 - 나. 2 종 단체 : 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체
 - 다. 3 종 단체 : 그 밖에 단체의 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체. 그러나 단순히 보험가입을 목적으로 조직된 단체는 이에 포함되지 않습니다.

2. 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되고 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다 다만, 개인보험과 동일한 보험요율을 적용하는 단체보험은 제외합니다
 - 가. 단체의 내규에 의한 복지제도로써 노사합의에 의할 것. 이 경우 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 한다.
 - 나. 1 호 나 및 다 목에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결할 것
3. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약은 계약체결시까지 피보험자가 서면으로 동의를 의사표시를 하거나 서면동의에 갈음할 수 있는 단체의 '규약'에 따라 단체 구성원을 피보험자로 해야 합니다.

제 2 조 (피보험자의 추가, 일부 해지 또는 교체)

- ① 단체계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 일부 해지 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 일부 피보험자 해지의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
- ③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자 에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체 전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 3 조 (개별계약으로의 전환)

- ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험자단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자 는 개별계약의 계약자가 됩니다.
- ② 제 1 항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환 후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 보험료 및 책임준비금 산출 방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 4 조 (보험증권의 발급)

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

제 5 조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 보험기간 설정에 관한 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 추가특별약관은 단체계약 특별약관 제 2 조(피보험자의 추가, 일부 해지 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고, 새로이 증가되는 보험의 목적의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험기간)

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

제 3 조(보험료의 납입)

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

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 단체계약 특별약관을 따릅니다.

날짜인식오류 보장제외 특별약관

제 1 조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 보통약관 및 특별약관의 제조건 제규정에 불구하고, 피보험자의 소유여부에 관계없이 컴퓨터, 자료처리기기, 마이크로칩, 운영체제, 마이크로프로세서, 집적회로 및 이와 유사한 장치, 컴퓨터 소프트웨어 또는 이들을 사용하거나 이들과 관련된 생산물, 서비스, 자료, 기능에 있어 어떤 날짜를 정확한 달력날짜로 인식, 처리, 구별, 해석 혹은 받아들일 수 없음으로 인해 발생하는 모든 형태의 직접 또는 간접손해를 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 회사는 위와 관련된 결함, 논리체계 등을 교정하기 위한 정보처리시스템(EDPS) 또는 그 관련기기 일부분을 수리하거나 수정하는 비용은 보상하여 드리지 않습니다.
- ③ 회사는 제 1 항에 기술한 것과 같은 날짜와 관련된 잠재적인 또는 실제적인 고장, 오작동, 부적합 등을 확인, 수정, 시험하기 위하여 피보험자가 자신이나 타인에게 행하였거나 타인으로부터 받은 어떠한 조언, 지도, 설계의 평가, 설치의 검사, 유지관리, 수리 또는 감독상의 오류, 부적절, 오작동으로 인하여 발생하는 손해와 결과적 손실을 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제 1 항 내지 제 3 항에 기술한 손해 또는 결과적 손실은 다른 사고원인과 병합 또는 관련된 경우에도 보상하여 드리지 않습니다.

보험료분납 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보험료의 납입)

계약자는 이 계약의 연간(보험기간이 공사기간 등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 증권당) 적용 보험료가 ()원 이상인 경우, 보험료를 ()회에 나누어 회사에 납입합니다.

제 2 조(나눠내는 보험료의 납입)

- ① 계약자는 계약을 체결할 때에 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하고 제 2 회 이후의 나눠내는 보험료는 아래에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다.

1. 보험기간이 1 년인 경우

1) 2 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ()%해당액)
- 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 ()%해당액)

2) 4 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ()%해당액)
- 제 2 회부터 제 4 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ()%해당액)

3) 12 회 분납

- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ()% 해당액)
- 제 2 회부터 제 12 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ()% 해당액)

2. 보험기간이 2 년인 경우

- 1) 2 회 분납 : 2 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 50%해당액)
 - 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 50%해당액)
- 2) 24 회 분납 : 24 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/24)해당액)
 - 제 2 회부터 제 24 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 (1/24)해당액)

3. 보험기간이 3 년인 경우

- 1) 3 회 분납 : 3 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/3)해당액)
 - 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 (1/3)해당액)
 - 제 3 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 (1/3)해당액)
 - 2) 36 회 분납 : 36 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/36)해당액)
 - 제 2 회부터 제 36 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 (1/36)해당액)
- ② 위 제 1 항에도 불구하고 보험기간이 공사기간등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 나눠내는 보험료를 아래와 같이 정해진 납입기일까지 납입하여야 합니다.
- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ()%해당액)
 - 제 2 회부터 제()회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ()%해당액)
- ③ 보험기간이 시작된 후라도 위 제 1, 2 항의 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교차배상 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 3 조(보상하는 손해)의 규정에도 불구하고 이 보험증권의 공동피보험자에게 계약이 각각 체결된 것으로 간주하여 공동피보험자 상호간에 입힌 손해를 보상하여 드립니다. 그러나 보상한도액은 보험증권에 기재된 금액을 초과할 수 없습니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

외국인환자 보장제외 특별약관

제 1 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보상하지 않는 손해)에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 제 2 조 2 호의 외국인 환자에 의해 제기된 손해배상청구

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 보통약관을 따릅니다.

외국인환자만의 보장 특별약관

제 1 조(조항변경)

회사는 보통약관 의료과실 배상책임 보장조항 제 49 조(사고)를 다음과 같이 변경합니다.

제 49 조(사고)

이 보장조항에서 회사가 보상하는 일반조항 제 3 조(보상하는 손해)의 사고라 함은 피보험자가 수행하는 의료행위와 관련하여 과실에 의해 타인의 신체에 장해(이하 "신체장해"라 합니다)를 입혀 발생하는 의료사고를 말합니다. 단, 타인을 다음의 "외국인 환자"로 한정합니다. "외국인 환자"란 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제 2 조 제 2 호에 따라 「국민건강보험법」 제 109 조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외합니다.)환자를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않는 사항은 보통약관을 따릅니다.

리트로플랜 보험료정산 특별약관

제 1 조(적용범위)

이 리트로플랜 보험료 정산 특별약관 (이하 "특별약관" 이라 합니다) 은 계약자의 선택과 회사의 승낙으로 병원 및 의사배상 책임보험 보통약관에 의한 보험료를 이 특별약관에서 정하는 바에 따라 정산합니다.

제 2 조(보험금 지급과 보험료 정산 약정)

회사는 보통약관에서 정한 보험사고에 대하여 보험금을 지급하고, 계약자와 회사는 제 4 조(정산보험료의 계산)의 계산식에 따른 정산보험료를 정해진 절차에 따라 정산합니다.

제 3 조(용어의 정의)

타 약관에서 별도로 정한 정의에도 불구하고 이 약관에는 다음의 정의가 적용됩니다.

1. 보험료: 보험계약에 의해 회사가 수입한 보험료로서 계약의 해지로 계약자에게 지급한 해지 보험료를 포함한 금액
2. 손해조사비: 보험사고 시 손해액을 사정하여 지급하고 보험대위 및 구상권 행사 등을 통해 보험 금을 환수하는 일련의 업무처리에 소요되는 비용
3. 지급보험금: 보험사고로 보험계약자에게 지급한 보험금으로써 보험금지급 후 잔존물매각, 구상 권 행사 등에 의하여 회수한 금액을 포함한 금액
4. 지급준비금: 보험금 등의 지급사유가 발생한 계약에 대하여 소송에 계류중에 있는 금액 및 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 보험금 지급금액의 미 확정 등으로 아직 지급하지 않은 보험금상당액 (손해사정, 보험대위 및 구상권 행사 등에 소요될 것으로 예상되는 금액 포함)

5. 발생손해액: 해당 보험기간 보험사고에 대한 지급보험금, 지급준비금 및 손해조사비를 합산한 금액
6. 손해율: 해당 보험기간 보험사고에 대한 발생손해액을 보험료로 나눈 백분율. 즉, 손해율(%) = 발생손해액 / 보험료

제 4 조(정산보험료의 계산)

정산보험료의 계산은 다음과 같이 적용됩니다.

1. 산식(환급 또는 추징) : (보험료 - 발생손해액) * 30% 단, 손해율 80%~105% 구간은 정산하지 않습니다.
2. 정산시점
보험기간 종료 후 1년이 경과한 시점에서 최초 정산보험료를 계산하고 정산 후 매년 재 계산하여 정산을 합니다.
3. 최종정산
회사는 계약자와 합의에 따라 최종정산 시점을 정하고 최종정산을 마무리 한 후 더 이상 정산을 하지 않을 수 있습니다

제 5 조(보험료의 정산방법)

1. 회사는 제 6 조(손해액의 통지)에 의해 통지된 내용 및 제 4 조(정산보험료의 계산)에 따라 정산보험료를 산출하고 산출 시점으로부터 1 개월 이내에 그 금액을 차액을 받거나 돌려드립니다.
2. 보험기간 중이나 보험기간 종료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

제 6 조(손해액의 통지)

보통약관 제 6 조(손해의 통지 및 조사)에 따라 계약자는 지체 없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(무효, 효력상실, 해지 시 보험료의 정산)

보통약관 제 39 조(보험료의 환급)의 규정에도 불구하고 이 계약이 무효, 효력상실 또는 해지된 때에는 다음과 같이 보험료를 정산합니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생 하여 보험금이 지급된 사실이 있으면 당해 보험년도에 대해서는 이 조항을 적용하지 않습니다.

1. 계약자의 책임없는 사유에 의한 경우
무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료전액을 돌려드리고, 효력상실 또는 해지의 경우에는 경과한 기간에 대하여 일할요율로 계산된 보험료를 기준으로 제 4 조(정산보험료의 계산)의 정산보험료를 산출하고 기 납입보험료와 일할요율로 계산된 보험료의 차액 및 산출된 정산보험료를 돌려드립니다.
2. 계약자의 책임있는 사유에 의한 경우
이미 경과한 기간에 대하여 단기요율로 계산된 보험료를 기준으로 제 4 조(정산보험료의 계산)의 정산보험료를 산출하고 기 납입보험료와 단기요율로 계산된 보험료의 차액 및 산출된 정산보험료를 돌려드립니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제 1 조(적용대상)

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

제 2 조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 제 1 조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 3 조(지정대리청구인의 지정)

- ① 보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제 4 조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제 1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 4 조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 5 조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제 6 조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

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

제 7 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관의 규정을 따릅니다.

미용관련 의료행위 확장보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 의료과실 배상책임 보장조항 제 50 조(보상하지 않는 손해) 제 6 호에도 불구하고, 피보험자가 미용 또는 이에 준한 것을 목적으로 한 의료행위 후 그 결과로 인하여 타인으로부터 손해배상청구가 제기되어 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.
1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제 12 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제 12 조(손해방지의무)제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제 13 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용
- ② 회사는 보험기간 중에 최초로 제기된 손해배상 청구에 대하여 보상하여 드립니다. 그러나 보험증권 상에 소급적용일자가 기재되어 있을 경우에 소급적용일자 이전 또는 보험기간 종료 후에 행한 행위에 대한 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
- ③ 제 1 항의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 비대칭, 과교정, 교정미흡 등 신체장해를 수반하지 않는 경우를 말하며 신체장해가 발생하는 경우의 손해는 제외합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

손해분담 특별약관

회사는 각각의 청구에 대해 회사가 제 3 조(보상하는 손해) 제 1 항 제 1 호 및 제 9 조(보험금 등의 지급한도) 제 1 항 제 1 호에 따라 피보험자에게 지급할 보험금 중 보험증권에 명기된 피보험자의 분담 비율 ()% 에 해당하는 금액을 공제하고 보상하여 드립니다.

공동인수 특별약관

제 1 조(책임의 분담)

이 보험증권은 아래의 회사들을 대리하여 ()가 발행하며 각 회사는 아래에 명기된 인수비율에 따라 그 책임을 부담합니다.

회 사 인수비율(금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관에 따릅니다.

의료분쟁 관련 가처분 신청비용 보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 3 조(보상하는 손해)에도 불구하고 의료분쟁으로 인하여 환자 측이 제기하는 시위, 협박 등에 대응하기 위해서 보험기간 중에 지출한 아래의 비용을 보험조건에 따라 지급하여 드립니다.

1. 시위금지 가처분 신청 비용
2. 접근금지 가처분 신청 비용
3. 인지대, 송달료 등 위 1, 2 의 신청을 위해 지출하는 비용

제 2 조(보상한도액)

이 특별약관에 따라 회사가 지급할 총 금액은 보험증권에 기재된 가처분 신청비용에 관한 보상한도액을 한도로 합니다.

제 3 조(손해액의 분담)

회사는 이 특별약관에 따라 보상하는 비용과 보상한도액 중 적은 금액에서 보험증권에 명기된 피보험자의 분담 비율에 해당하는 금액을 공제하고 보상하여 드립니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

예방접종 부작용 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

회사는 보통약관 제 3 조(보상하는 손해)에도 불구하고 보험기간 중 피보험자가 실시한 예방접종의 결과로 환자 에게 부작용이 발생하고, 이의 치료를 위해 비용이 발생하는 경우 그 비용에 한하여 피보험자가 환자에게 지급 한 실비를 증권상의 보상한도액 내에서 보상하여 드립니다. 단, 보통약관 의료과실 배상책임 보장조항과 중복하 여 보상하지 않습니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보상하지 않는 손해) 및 제 50 조(보상하지 않는 손해)에 추가하여 다음의 손해도 보상 하지 않습니다.

1. 환자의 기왕증이나 선천적 질병으로 인한 부작용
2. 환자에 대한 의료기록이 없는 경우
3. 예방접종 후 1 개월 이상 경과한 후에 발생한 치료비. 단, 1 개월 이내에 치료를 시작하여 지속적인 치료를 위해 발생한 비용은 보상합니다.
4. 동일 사유로 민법이나 그 밖의 법령에 따라 환자가 구제급여를 받을 수 있는 경우

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

CORONAVIRUS EXCLUSION

This insurance does not cover any claim in any way caused by or resulting from:

- a) Coronavirus disease (COVID-19);
- b) Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
- c) any mutation or variation of SARS-CoV-2;
- d) any fear or threat of a), b) or c) above.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다

코로나바이러스 면책 특별약관

본 증권은 아래 사항으로부터 유발되거나 그 결과로 발생하는 어떠한 사고도 보상하지 않습니다.

- a) 코로나바이러스감염증-19(COVID-19);
- b) 중증급성호흡기증후군 코로나바이러스 2(SARS-CoV-2);
- c) 어떠한 중증급성호흡기증후군 코로나바이러스 2(SARS-CoV-2)의 변종 또는 변이;
- d) 위 a), b) 또는 c)로 인한 어떠한 공포 또는 위협.

Pandemic/Infectious Disease Exclusion

Notwithstanding any provision to the contrary within this insurance or any endorsement thereto, it is agreed that this insurance shall exclude all loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, arising out of, resulting from or in connection with an actual, or perceived, or fear of, an epidemic, pandemic, or infectious or contagious disease, including, but not limited to, a virus, bacterium, parasite or other organism, including any mutation thereof, regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence to the loss. This insurance also excludes any loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, arising out of, resulting from or in connection with any action taken, or failure to take action, to control, monitor, prevent, suppress, recover from, or in any way relating to such epidemic, pandemic, or infectious or contagious disease.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다

세계적 유행병/감염병 면책 특별약관

본 증권 또는 본 증권의 배서 상에 반대되는 어떠한 조항에도 불구하고, 바이러스, 박테리아, 기생충 또는 여타의 유기체와 그 변종 등을 포함하는 유행병, 세계적 유행병, 또는 공기중으로 전파되거나 접촉으로 인해 발병되

는 감염병의 실제 발생, 인지, 공포가 직간접적인 원인이 되거나, 그로부터 유발되었거나, 그 결과로 발생하였거나, 관련이 있는 모든 성질의 손실, 피해, 비용 또는 경비는, 해당 손실에 대해 어떠한 다른 원인 또는 사건이 동시 다발적으로 혹은 어떠한 순서를 두고 원인을 제공하였는지 여부와 관계없이 보상하지 않습니다. 또한, 그러한 유행병, 세계적 유행, 또는 감염병에 대한 통제, 모니터, 방지, 억제, 회복을 목적으로 한 어떠한 조치의 이행이나 그 이행의 실패가 직간접적인 원인이 되거나, 그로부터 유발되었거나, 귀결되었거나, 관련이 있는 모든 성질의 손실, 피해, 비용 또는 경비는 보상하지 않습니다.

Communicable Disease Endorsement

1. This policy, subject to all applicable terms, conditions and exclusions, covers losses attributable to direct physical loss or physical damage occurring during the period of insurance. Consequently and notwithstanding any other provision of this policy to the contrary, this policy does not insure any loss, damage, claim, cost, expense or other sum, directly or indirectly arising out of, attributable to, or occurring concurrently or in any sequence with a Communicable Disease or the fear or threat (whether actual or perceived) of a Communicable Disease.

2. For the purposes of this endorsement, loss, damage, claim, cost, expense or other sum, includes, but is not limited to, any cost to clean-up, detoxify, remove, monitor or test:

- 2.1. for a Communicable Disease, or
- 2.2. any property insured hereunder that is affected by such Communicable Disease.

3. As used herein, a Communicable Disease means any disease which can be transmitted by means of any substance or agent from any organism to another organism where:

- 3.1. the substance or agent includes, but is not limited to, a virus, bacterium, parasite or other organism or any variation thereof, whether deemed living or not, and
- 3.2. the method of transmission, whether direct or indirect, includes but is not limited to, airborne transmission, bodily fluid transmission, transmission from or to any surface or object, solid, liquid or gas or between organisms, and
- 3.3. the disease, substance or agent can cause or threaten damage to human health or human welfare or can cause or threaten damage to, deterioration of, loss of value of, marketability of or loss of use of property insured hereunder.

4. This endorsement applies to all coverage extensions, additional coverages, exceptions to any exclusion and other coverage grant(s).

All other terms, conditions and exclusions of the policy remain the same.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다

전염병 조항

1. 본 증권은 적용 가능한 모든 제조건 및 면책 사항에 따라 보험 기간 동안 발생하는 직접적인 물리적 손실 또는 물리적 손상으로 인한 손실에 적용됩니다. 결과적으로 본 증권 상에 반대되는 어떠한 조항에도 불구하고, 본 증권은 전염병 또는 전염병의 공포 또는 위험(실제 또는 인지 여부에 관계없이)에 의해 직접 또는 간접적으로 발생하거나, 기인하거나, 동시 다발적으로 혹은 어떠한 순서를 두고 원인을 제공하였는지 여부와 관계없이 발생한 손실, 손해, 청구, 비용, 경비 또는 기타 금액을 보상하지 않습니다.

2. 본 조항의 목적상 손실, 손해, 청구, 비용, 경비 또는 기타 금액에는 아래에 대한 청소, 해독, 제거, 모니터링 또는 테스트 비용이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 2.1. 전염병 또는
- 2.2. 해당 전염병의 영향을 받는 보험목적물

3. 본 조항에 사용된 바와 같이, 전염병은 임의의 유기체로부터 다른 유기체로 임의의 물질 또는 제제에 의해 전염될 수 있는 임의의 질병을 의미합니다.

3.1. 물질 또는 제제는 살아 있는지의 여부에 관계없이 바이러스, 박테리아, 기생충 또는 기타 유기체 또는 이들의 변이체를 포함하나 이에 국한되지 않으며,

3.2. 직접적이든 간접적이든, 전달 방법은 공기 전달, 체액 전달, 임의의 표면 또는 물체, 고체, 액체 또는 기체 또는 유기체 사이의 전달을 포함하나 이에 국한되지 않으며,

3.3. 질병, 물질 또는 제제는 인류 건강 또는 인류 복지를 손상시키거나 위협할 수 있거나, 또는 보험목적물의 악화, 가치 손실, 시장성 또는 사용 손실을 유발하거나 위협할 수 있습니다.

4. 본 조항은 모든 확장 담보, 추가 담보, 면책조항의 예외조항 및 기타 담보에 대해 일괄 적용됩니다.

그 외 모든 제조건 및 면책조항은 동일하게 유지됩니다.

Drop Down Clause

This Policy shall apply when the insured's () Liability policies (hereinafter referred to as "Underlying Policies") have been issued and maintained or not during the Period of Insurance. In the event of partial exhaustion of the limit of any Underlying Policy, this Policy will pay excess of the reduced underlying limit of indemnity.

In the event of total exhaustion of the limit of any Underlying Policy, this Policy will continue in force as the provider of the Primary Underlying Insurance limit.

It is hereby understood and agreed that the terms, definitions, exclusions and conditions contained in or endorsed onto this Policy shall be those used to determine the Insurers' liability under this Drop Down Clause.

1. 'This Policy' refers to the certificates of contract signed by the Hyundai M&F insurance.

2. 'The Underlying Policies' refer to () insurance policies (e.g., subcontractor's policies or others) in general except for this Policy

3. 'The scope of cover' : The Insuring Agreements and Exclusions are applied by this policy.

4. Other matters shall be subject to the terms and conditions of this policy.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다.

드롭다운 조항

본 증권은 보험기간 중 발행, 유지되는 계피보험자의 기존증권 (또는 미발행, 미유지)에 적용됩니다. 회사는 보상한도액을 부분적으로 소진하는 경우, 본 증권은 기존 증권의 보상한도액을 초과하는 부분을 보상합니다. 기존 증권의 한도가 완전히 소진된 경우에도 본 증권은 기존 증권의 보상한도액의 주체로서 지속적으로 유효합니다.

본 증권에 포함 또는 배서 되는 용어, 정의, 면책사항 및 보험조건들은 드롭다운 조항에 따른 보험사의 보상범위를 결정하는데 사용되는 것으로 이해하고 동의합니다.

1. 본 증권은 당사에서 체결한 해당 계약 증권을 말합니다.

2. 기존 증권은 본 증권을 제외한 다른 () 보험증권(예, 현지보험증권, 기존 가입증권 등)을 통칭해서 말합니다.

3. 보장 범위 : 본 증권의 보험조건 및 약관에 따라 명시된 손해 배상

4. 기타사항은 본 증권의 보험조건 및 약관에 따릅니다.

COMMUNICABLE DISEASE EXCLUSION(LMA 5396)

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this policy, this policy does not cover all actual or alleged loss, liability, damage, compensation, injury, sickness, disease, death, medical payment, defence cost, cost, expense or any other amount, directly or indirectly and regardless of any other cause

contributing concurrently or in any sequence, originating from, caused by, arising out of, contributed to by, resulting from, or otherwise in connection with a Communicable Disease or the fear or threat (whether actual or perceived) of a Communicable Disease.

2. For the purposes of this endorsement, loss, liability, damage, compensation, injury, sickness, disease, death, medical payment, defence cost, cost, expense or any other amount, includes, but is not limited to, any cost to clean-up, detoxify, remove, monitor or test for a Communicable Disease.

3. As used herein, a Communicable Disease means any disease which can be transmitted by means of any substance or agent from any organism to another organism where:

3.1. the substance or agent includes, but is not limited to, a virus, bacterium, parasite or other organism or any variation thereof, whether deemed living or not, and

3.2. the method of transmission, whether direct or indirect, includes but is not limited to, airborne transmission, bodily fluid transmission, transmission from or to any surface or object, solid, liquid or gas or between organisms, and

3.3. the disease, substance or agent can cause or threaten bodily injury, illness, emotional distress, damage to human health, human welfare or property damage.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다.

감염병 면책 조항(LMA 5396)

1. 본 약관상 반대되는 조항이 있다고 하더라도 감염병 또는 감염병에 대한 (실제 또는 인식된) 공포 및 위협으로 인해 직간접적으로 야기, 기여, 기인되거나 원인 또는 연관이 되어 발생하는 모든 실제 또는 추정 손실, 배상책임, 피해보상, 상해, 병, 질병, 사망, 의료 비용, 방어 비용, 일반 비용, 경비 또는 기타 비용은 본 재보험의 보상 범위에서 제외되며, 그러한 손실 등의 발생에 기여하는 다른 원인이 동시에 혹은 어떠한 순서에 따라 발생했는지 여부와 관계없이 제외됩니다.

2. 본 조항의 목적상 손실, 배상책임, 피해보상, 상해, 병, 질병, 사망, 의료 비용, 방어 비용, 일반 비용, 경비 또는 기타 비용에는 전염병에 대한 청소, 해독, 제거, 모니터링 또는 테스트 비용이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

3. 본 계약서상에서 사용되는 감염병이라는 용어는 어느 한 유기체에서 다른 유기체로 어떠한 물질 또는 매개체를 통해 전파되는 모든 질병을 의미하며 아래의 경우가 해당됩니다.

3.1 해당 물질 또는 매개체에는 바이러스, 박테리아, 기생충 또는 기타 유기체나 그 변종 등을 포함하되 이에 한정되지 않으며, 살아있다고 인식되는지 여부는 불문함

3.2 직간접적으로 전파되는 형태에는 공기 중 전염, 체액을 통한 전염, 물체의 표면 또는 고체, 액체, 기체 등의 물체를 통한 전염, 또는 유기체 간의 전염 등이 포함되며 이에 한정되지 아니함

3.3 해당 질병, 전염 물질 또는 매개체가 신체 상해, 질환 및 정신적 피해 또는 인간의 건강과 안위에 대한 피해를 야기하거나 그러한 피해가 발생할 수 있는 위협이 되는 경우 또는 재물의 피해를 야기하거나 피해가 발생할 수 있는 위협이 되는 경우

단체취급 특별약관

제 1 조(계약의 적용범위)

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

1. 1 종 단체

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

2. 2 종 단체

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

3. 3 종 단체

위 1,2 종 단체 이외에 단체의 구성원이 명확하고 위협의 동질성이 확보되어 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체. 그러나 단순히 보험가입을 목적으로 조직된 단체는 이에 포함되지 않습니다.

4. 상품다수구매자 단체

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

제 2 조(계약자)

- ① 이 특별약관의 계약자는 제 1 조(적용범위)의 단체를 대표하는 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.
- ② 1 조(계약의 적용범위)에 정한 단체의 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 다수 계약자가 있는 경우에는 그 권한을 위임받아 대표계약자를 지정할 수 있습니다.
- ③ 대표계약자는 개별 계약자를 대리하여 회사에 보험료를 납입하여야 하며, 회사는 보험가입증서 보험증권, 약관, 납입보험료에 대한 영수증을 대표계약자에게 교부합니다.
- ④ 위 제 1 항 내지 제 2 항에도 불구하고 개별 계약자는 다른 계약자의 권리를 침해하지 않는 범위에서 계약자의 권리와 의무를 행사할 수 있습니다.

제 3 조(피보험자의 추가, 감소 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 피보험자를 추가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 추가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ④ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 추가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 제 1 항에 따라 피보험자가 추가 또는 교체되는 경우에는 피보험자 추가 또는 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입되며, 피보험자 추가 또는 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 추가 또는 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

Communicable Disease Exclusion Clause (LMA5399)

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this insurance agreement, this insurance agreement excludes all actual or alleged loss, liability, damage, compensation, injury, sickness, disease, death, medical payment, defence cost, cost, expense or any other amount incurred by or accruing to the insured, directly or indirectly and regardless of any other cause contributing concurrently or in any sequence, originating from, caused by, arising out of, contributed to by, resulting from, or otherwise in connection with a Communicable Disease or the fear or threat (whether actual or perceived) of a Communicable Disease.

2. As used herein, a Communicable Disease means any disease which can be transmitted by means of any substance or agent from any organism to another organism where:

- 2.1. the substance or agent includes, but is not limited to, a virus, bacterium, parasite or other organism or any variation thereof, whether deemed living or not, and
- 2.2. the method of transmission, whether direct or indirect, includes but is not limited to, airborne transmission, bodily fluid transmission, transmission from or to any surface or object, solid, liquid or gas or between organisms, and
- 2.3. the disease, substance or agent can cause or threaten bodily injury, illness, emotional distress or damage to human health, human welfare or property damage.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다.

전염병 보장제외 조항 (LMA5399)

1. 이 보험계약의 다른 반대되는 모든 조항에도 불구하고, 이 보험은 직간접을 불문하고 전염병 또는 그 전염병에 대한 우려 및 위협(실제로 발생했거나 그렇게 인식되거나 관계없이)에 기인하거나, 다른 원인들과 동시에 또는 연속으로 영향을 받거나, 그와 관련하여 피보험자가 실제로 입거나 제기된 손해, 배상책임, 손상, 보상, 보상, 신체상해, 질병, 사망, 의료비, 방어비용, 비용, 각종 경비를 보상하지 않습니다.
2. 전염병은 아래와 같이 어떤 물질이나 매개체를 통해 한 유기체에서 다른 유기체로 전달될 수 있는 질병을 말합니다.
 - 2.1. 물질이나 매개체는 살아있거나 죽은것으로 보이는 모든 바이러스, 박테리아, 기생충 등의 유기체 또는 변이를 포함하나, 이에 국한되지 않습니다.
 - 2.2. 전달되는 방법은 직간접적을 불문하고 공기를 통한, 체액으로 인한, 표면, 고체, 액체 또는 가스를 통한 전염을 포함합니다.
 - 2.3. 질병, 물질 또는 매개체가 신체상해, 질병, 정신적 고통 또는 손상, 인간의 건강, 복지 또는 재물에 대한 피해를 유발하거나 위협합니다.

CLAIMS CONTROL CLAUSE

사고통제조항

ATTACHING TO INSURANCE CONTRACT NUMBER: <<POLICYNUMBER>>

보험 계약번호(증권번호)

THE INSURER: <<Insurer>>

보험회사

THE ORIGINAL INSURED: <<Insured>>

피보험자

WITH EFFECT FROM: <<Inception Date>>

유효일자

It is understood and agreed that the following CLAUSE is added to the Policy: Notwithstanding anything to the contrary contained in this insurance, it is a condition precedent to insurers' liability under this Reinsurance that:

아래의 특약이 이 계약에 포함된다: 이 보험에 포함된 조건에 반함에도 불구하고, 본 조항은 다른 보험조건에 우선한다.

- (a) the insured shall give to the insurer written notice without undue delay, and in any event no later than 30 days, of any claim made against the insured in respect of the business insured hereby or of its being notified of any circumstances which could give rise to such a claim;
피보험자는 피보험자의 비즈니스와 관련하여 책임져야 할 어떠한 사고 또는 사고를 초래할 수 있는 어떠한 정황에 대해서라도 합리적으로 실행할 수 있으면 지체없이, 30 일 이내에 이를 서면으로 보험회사에 통지하여야 한다.
- (b) the insured shall furnish the insurer all information known to the insured in respect of claims or possible claims notified in accordance with (a) above and shall thereafter keep the insurer fully informed as regards all developments relating thereto without undue delay;
피보험자는 사고 또는 발생 가능한 사고와 관련된 모든 정보를 지체없이 보험회사에 제공해야 하며, 이와 관련된 진척사항을 보험회사가 인지할 수 있도록 해야한다.
- (c) the insurer shall have the right, at any time, to appoint adjusters and representatives to act on their behalf to control all investigations, adjustments and settlements in connection with any claim notified to the insurer, as aforesaid;

보험회사는 앞서 말한 통지받은 클레임에 대해 언제든지 사고조사, 조정 및 종결을 통제할 권한을 가진 대표자 및 손해사정인을 선임할 권리를 가진다

(d) the insured shall co-operate with the insurer and any other person or persons designated by the insurer in the investigation, adjustment and settlement of such claim.

피보험자는 보험회사 및 보험회사에 의해 선정된 자와 사고조사, 조정 및 종결을 진행함에 있어 전적으로 서로 협조해야한다.

<참고용 번역본>

※ 동 참고용 번역문은 영문특약의 이해를 돕기 위한 것으로 약관의 적용은 영문특약을 기준으로 합니다.

Cyber Incident Exclusion Clause (LMA5272)

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this insurance agreement or any endorsement thereto, this insurance agreement excludes any Cyber Loss.

2. If the Insurers allege that by reason of this exclusion any Cyber Loss sustained by the Company is not covered by this insurance agreement, the burden of proving the contrary shall be upon the Company.

Definitions

3. Cyber Loss means all actual or alleged loss, damage, liability, injury, compensation, sickness, disease, death, medical payment, claim, cost, defence cost, expense or any other amount incurred by or accruing to the Company, including but not limited to any mitigation cost or statutory fine or penalty, directly or indirectly caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with any Cyber Incident.

4. Cyber Incident means:

4.1 an unauthorised or malicious act or series of related unauthorised or malicious acts, regardless of time and place, or the threat or hoax thereof; and/or

4.2. a failure to act, any error or omission or accident or series of related failures to act, errors or omissions or accidents; and/or

4.3. a breach of duty, statutory duty or regulatory duty or trust or series of related breaches of duty, statutory duty or regulatory duty or trust; involving access to, processing of, use of or operation of any Computer System or any data by any person or group(s) of persons.

5. Computer System means any computer, hardware, software, information technology and communications system or electronic device, including any similar system or any configuration of the aforementioned and including any associated input, output or data storage device, networking equipment or back up facility.

사이버 사고 보장제외 특별약관 (LMA5272)

1. 이 보험계약(이후 배서 포함)의 다른 반대되는 모든 조항에도 불구하고, 이 보험은 사이버손해를 보상하지 않습니다.

2. 만약 보험회사가 이 보장제외 조항에 따라, 피보험자가 입은 사이버손해를 보상하지 않는다고 주장할 경우, 이를 반박하기 위한 입증책임은 피보험자에게 있습니다.

용어정의

3. 사이버손해 : 직간접을 불문하고 사이버 사고에 기인하거나, 그와 관련되어 피보험자에게 실제로 발생하거나 제기되는 모든 손실, 손상, 배상책임, 신체상해, 보상, 질병, 사망, 의료비, 배상청구, 비용, 방어비용, 각종 경비 (손해경감 비용, 벌금, 과태료를 포함하나 이에 국한되지 않습니다.)를 말합니다.

4. 사이버사고 : 어떠한 사람 또는 단체에 의한 컴퓨터 시스템이나 데이터에 접근, 처리, 사용 및 운영과 관련된 아래의 같은 사건을 말합니다.:

4.1 시간과 장소에 상관없이 승인되지 않은 또는 악의적인 단일 사건 또는 관련 사건들의 연속이나 협박, 속임수 또는

4.2. 적절한 조치 실패, 오류 또는 탈루, 사고 또는 이러한 사건들의 연속 또는

4.3. 배임행위, 법률 및 규정 준수 의무 위반, 신탁 의무 위반 또는 이러한 사건들의 연속

5. 컴퓨터 시스템 : 컴퓨터, 하드웨어, 소프트웨어, 정보기술 및 통신 시스템, 전자기기 및 그와 유사한 모든 시스템과 그와 관련된 배열, 입력, 출력이나 데이터 저장장치, 네트워크 장비 또는 예비 시설을 말합니다.

[별표] 장애분류표

□ 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

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

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3 회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) ‘한눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- 4) ‘한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)^{※1)}, 안전수지(Finger Counting)^{※2)} 상태를 포함한다.

※주 1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

※주 2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1 년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20 도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50 세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8 방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘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.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

- 12) ‘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 피보험자에게 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
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

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

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

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

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

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

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

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12 세 이상의 성인에서는 8×10 cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11 세의 경우는 6×8 cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6 세 미만의 경우는 4×6 cm(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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

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

- 가) 척추(등뼈)의 굴절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박굴절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 굴절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박굴절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1 개 이상의 척추(등뼈)의 굴절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박굴절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2 마디 이상(또는 1 마디 추간판에 대해 2 회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1 마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

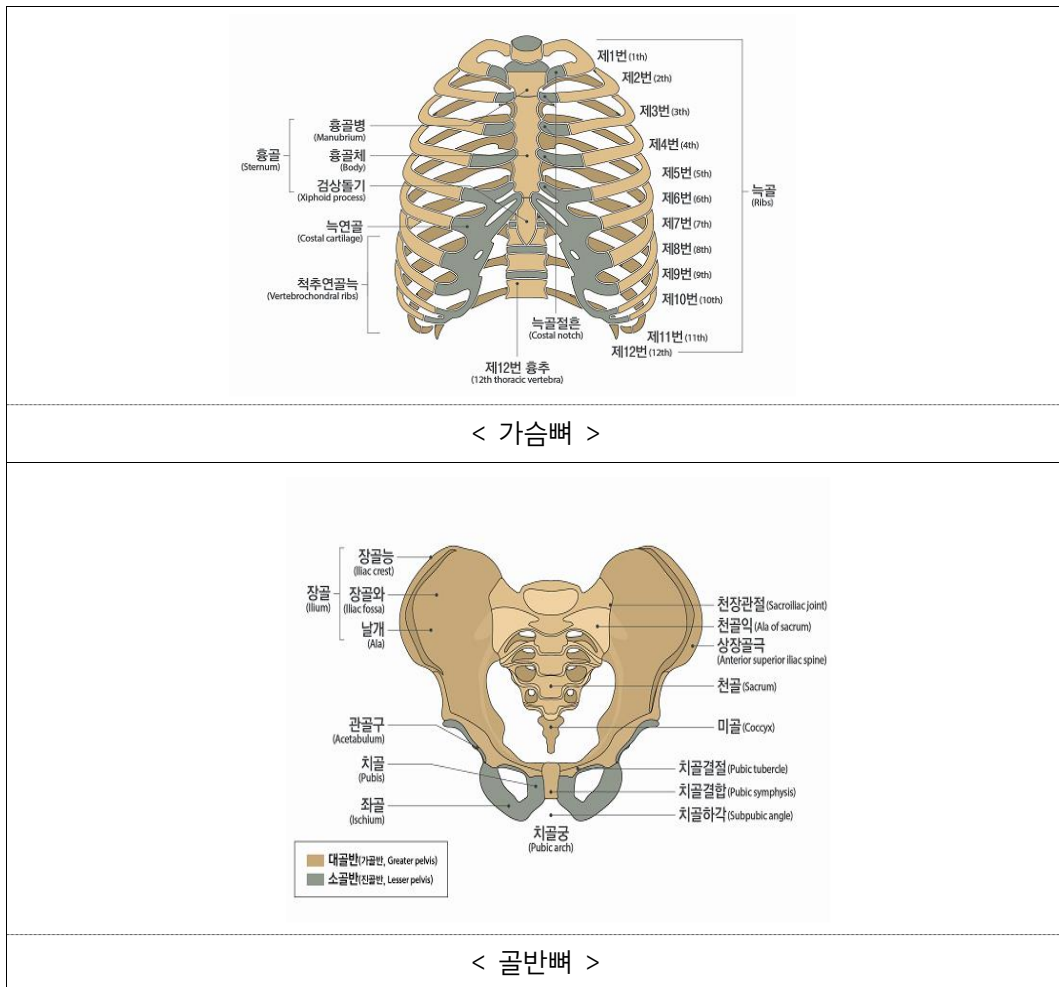
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 미골의 기형은 굴절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3 대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) '가관절^{※주}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
--------	-----

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부위 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0 등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1 등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2 등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3 등급(fair)인 경우
- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

- 12) '가관절^{※주})이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주)가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

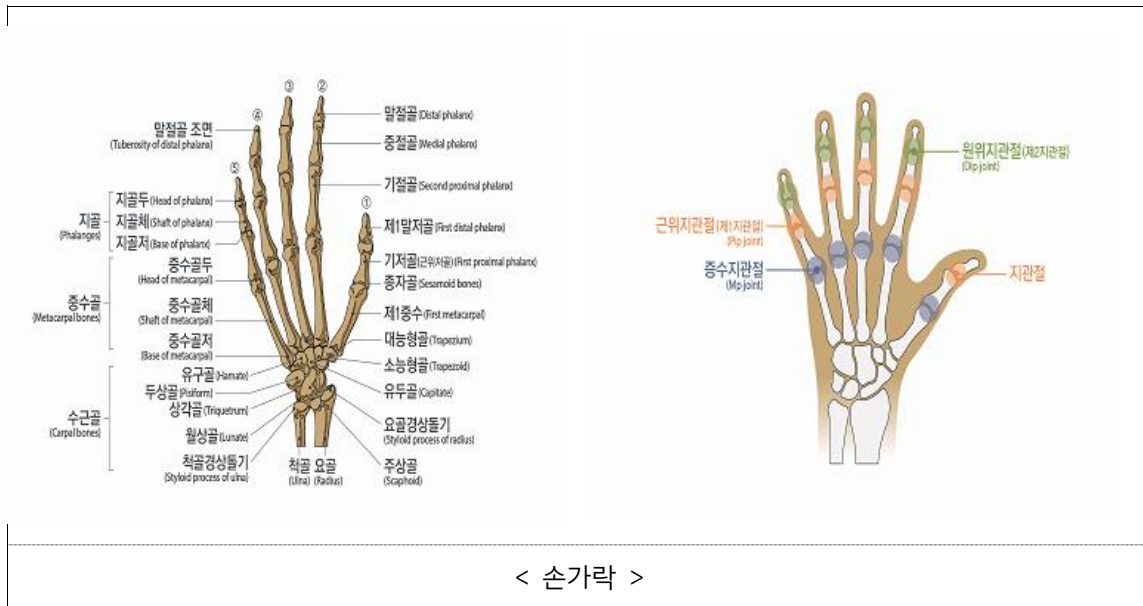
가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1지관절(근위지관절) 및 제 2지관절(원위지관절)이라 부른다.
 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1지관절(근위지관절)부터(제 1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

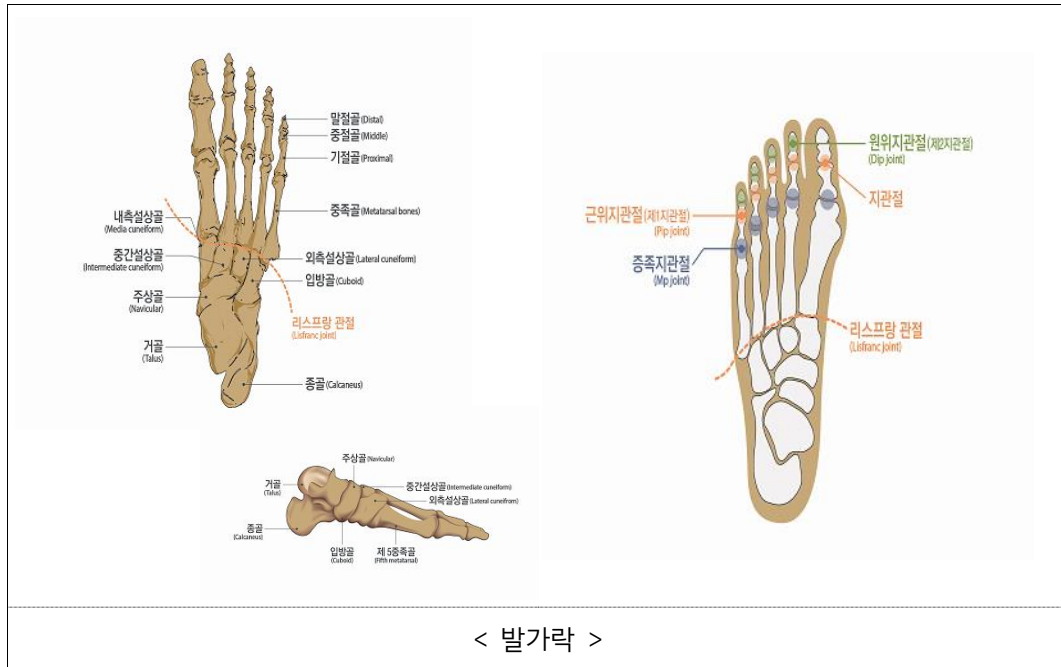
가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)부터(제 1 지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제 1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47 조 제 1 항 및 제 3 항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉. 복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

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

13. 신경계. 정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1)신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2)정신행동에 극심한 장애를 남긴때	100
3)정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4)정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5)정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6)정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5 점	100
8) 심한치매 : CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2 점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) "신경계에 장애를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표"의 5 가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

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

2) 정신행동

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

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

- 바) ‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60 점 이하인 상태를 말한다.
- 사) ‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70 점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.
- 파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

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

4) 뇌전증(간질)

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

나)간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

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

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

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

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

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

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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