

Your Best Risk Solution Partner
Samsung Fire & Marine Insurance

삼성제안20070292

0722-18700743-14560703



(2007.07~2008.07)
KORAIL 임직원을 위한
신종단체상해보험 안내

삼성화재



0722-18700743-14560703

CONTENTS

I . KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

1. 가입목적 2

2. 계약내용 2

3. 담보별 보상내용요약 3

4. 입원의료실비 Q&A 9

II . 보험금청구 방법

1. 보험금청구 접수처 및 청구서류 안내 14

2. 보험금지급절차 15

 [별첨] 양식 - 보험금청구서 등 16

III . 보험약관

[신중단체상해보험(Ⅱ) 보통약관] 19

[신중단체상해보험(Ⅱ) 특별약관] 29

[신중단체상해보험(Ⅱ) 별표] 42

- 본 안내서의 상품내용은 약관을 요약 발췌한 것으로 세부내용은 약관을 참고해 주십시오.
- 보험계약 청약시에는 보험상품명, 보험기간, 보험료, 피보험자, 특별약관 등을 반드시 확인하시기 바라며, 보험약관을 반드시 수령하여 읽어보시고 중요한 사항에 대하여 설명을 받으시기 바랍니다.

0722-18700743-14560703

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

1. 가입목적

KORAIL 직원의 업무상 재해에 대한 재해보상을 산업재해보상보험의 급여와 직원단체상해보험의 보험금 지급으로 실시하고자 단체보험에 가입함.

2. 계약내용

- 보험가입사 : 삼성화재해상보험(주)
- 보험상품명 : 신종단체상해보험(II)
- 보험기간 : 2007.07.22.16:00 ~ 2008.07.22.16:00
2008.01.01.16:00 ~ 2008.07.22.16:00 (입원의료실비)
- 가입내용

분류	구분	담 보 명	가입금액
업무중	정규직 / 비정규직	철도공사 업무중 상해 사망·후유장애 →통상적인 출퇴근을 포함한 업무중 발생하는 상해사고	2억원
		산업재해 질병 사망·후유장애 →산재법에서 규정된 업무상의 재해중 질병	2억원
	공익요원	철도공사 업무중 상해 사망·후유장애 →통상적인 출퇴근을 포함한 업무중 발생하는 상해사고	1억원
업무외	정규직 / 비정규직	업무외 상해 사망·후유장애 → 업무외 : 업무중 사고를 제외한 상해사고 ※ 단, 비정규직 『업무외 상해사망·후유장애』 담보의 보험기간은 2007.10.01.16:00 ~ 2008.07.22.16:00 임	1억원
		입원의료실비 → 상해/질병으로 병원에 입원하여 발생하는 본인부담금 (급여+5대비급여+기타비급여+병실차액50%(2인실기준)) ※ 단, 입원의료실비 담보의 보험기간은 2008.01.01.16:00 ~ 2008.07.22.16:00임	2천만원

☞ 위 내용은 보험가입내용 총괄표이며, 실제 보상내용 및 보상범위 등은 보험증권 및 약관에 따릅니다.

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

3. 담보별 내용요약

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

철도공사 업무중 상해 사망·후유장해

■ 정규직
■ 비정규직
■ 공익요원

0722-18700743-14560703

<보상하는 손해>

- ① 피보험자가 보험기간 중 업무중(통상적인 출퇴근 포함)에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고, 그 상해로 인하여 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에
 - i) 사망하였을 때에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급
 - ii) 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실된 경우에는 약관 **【별표 1】** 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급
 - ※ 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

<보상하지 아니하는 손해>

- ① 피보험자의 고의, 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위, 사형 (다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
- ② 피보험자의 질병(※ 질병으로 인한 사망, 후유장해는 산재로 판정된 경우에 한해 『산업재해 질병사망·장해』 담보에서 보상), 심신상실 또는 정신질환
- ③ 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치
- ④ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
- ⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
- ⑥ 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고, 방사성을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ⑦ 전문등반, 글라이더, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 등 또는 이와 비슷한 활동
- ⑧ 모타보트, 자동차, 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(연습포함) 또는 시운전
- ⑨ 선박승무원, 어부, 사공, 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무로 선박에 탑승하고 있는 동안

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

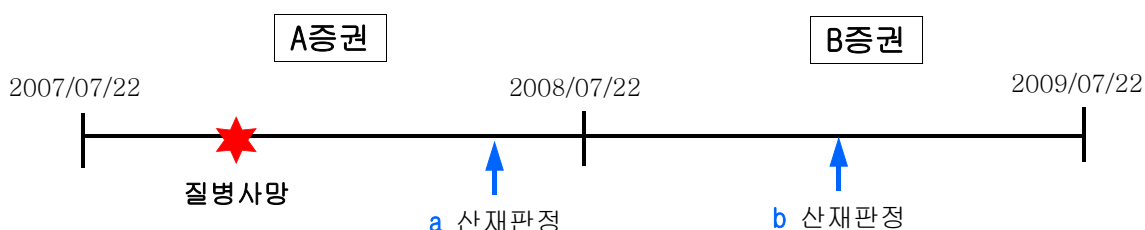
※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

산업재해 질병 사망

- 정규직
- 비정규직
- 공익요원(해당사항 없음)

<보상하는 손해>

산업재해보상보험법 및 공무원연금법에 규정된 **업무상의 재해 중 질병**으로 **보험기간 중에 사망**하였을 경우에는 보험가입금액 전액보상



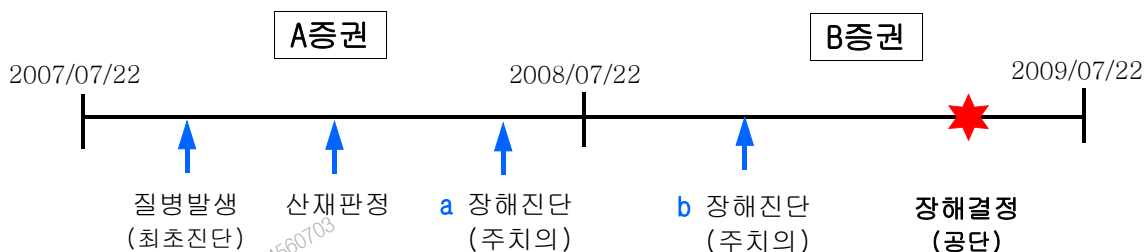
- * 보험사고 - 질병으로 인한 사망 중 근로복지공단(산업재해) 또는 공무원연금관리공단(공상)에서 업무상 재해로 판정된 경우
- 질병으로 인한 사망시점 → 산재판정시기와 무관
- ☞ 상기 예시(a,b)모두 「A증권」에서 담보

<보상하지 아니하는 손해 ☞ 앞페이지 및 약관 참조>

산업재해 질병장해

- 정규직
- 비정규직
- 공익요원(해당사항 없음)

산업재해보상보험법 및 공무원연금법에 규정된 **업무상의 재해 중 질병**으로 **보험기간 중에** 산업재해보상보험법 신체장해등급표 및 공무원연금법 폐질등급표에서 정한 **장해상태 (제1급~제14급)**로 판정되었을 때 등급별로 지급금액을 보상



- * 보험사고 - 질병으로 인한 후유장해 중 근로복지공단(산업재해) 또는 공무원연금관리공단(공상)에서 업무상 재해로 장해판정된 경우
- 공단에서 업무상 후유장해 결정 확정 시점
- ☞ 상기 예시 모두 「B증권」에서 담보

<보상하지 아니하는 손해 ☞ 앞페이지 및 약관 참조>

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

업무외 상해 사망·후유장해

- 정규직
- 비정규직(2007.10.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항 없음)

0722-18700743-14560703

<보상하는 손해>

- ① 피보험자가 보험기간 중 업무외(통상적인 출퇴근 제외)에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체에 상해를 입고, 그 상해로 인하여 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에
 - i) 사망하였을 때에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급
 - ii) 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실된 경우에는 약관 **【별표 1】** 장해분류표 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급
 - ※ 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급

<보상하지 아니하는 손해 ➡ 3페이지 및 약관 참조>

0722-18700743-14560703

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비

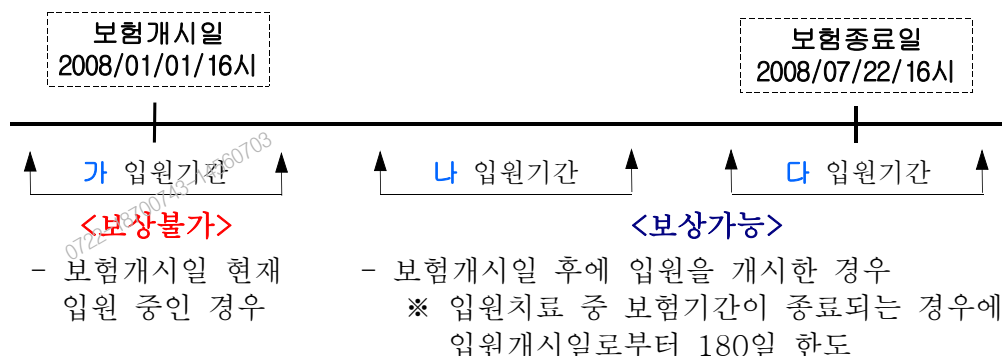
- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항 없음)

<보상하는 손해>

- 국민건강보험법의 대상이 되는 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 병원 또는 의원(한방포함)등에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 입원의료비를 가입된 담보의 특별약관에 따라 보상(치과 병, 의원은 제외)
- 치료를 목적으로 병원 입원기간에 발생하는 의료비 중 ■ 부분을 보상

보험급여	보험비급여
<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험급여 중 본인 부담액 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험비급여 중 <ul style="list-style-type: none"> - 5대 비급여 <ul style="list-style-type: none"> · 입원기간중의 식대 · 선택진료료 · CT진단료(의사소견서 첨부) · MRI진단료(의사소견서 첨부) · 초음파진단료(의사소견서 첨부) - 기타비급여 ※치료목적인 의료비(약관참조) ■ 상급병실차액(2인실 기준 50% 보상) □ 보험비급여 중 보상하지 아니하는 의료비 <ul style="list-style-type: none"> ※치료와 무관한 의료비 (약관참조)
<ul style="list-style-type: none"> □ 보험급여 중 국민건강보험공단 부담액 	

- 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 다른 병원에 통원 치료한 경우에도 보상
- 보험 담보기간 (상세내용은 약관 및 Q&A 참조)



I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비

- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직(2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항 없음)

<보상기준>

- **보상금액 2천만원** (입원1회당 → 입원의 개시일부터 퇴원일까지 계속된 입원)
 - ☞ - 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와
 - 자의적 퇴원(A.M.A discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 180일 이내에 재입원한 경우에는 계속된 입원으로 봄
- 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 본인부담 입원의료비 총액의 40% 보상
 - ☞ 자동차사고 및 산재의 경우 해당 보험에서 처리 후에도 발생하는 본인부담액의 40% 보상
- 개인이 가입한 보험 중 입원의료실비를 보상하는 담보가 중복하여 계약 체결된 경우에는 비례하여 보상

- <예시>**
- 삼성화재 입원의료실비 2,000만원 (KORAIL에서 단체가입)
 - A보험사 입원의료실비 1,000만원 (개인이 가입)
 - 약관에 따라 본인이 받을 수 있는 보험금 150만원

$$[\text{계산식 : 보험사별분담액} = \text{실손입원의료비} \times \frac{\text{보험사별 보상책임액}}{\text{보험사별 보상책임액 합계}}]$$

$$\text{☞ 삼성화재 분담액 75만원} \quad (150\text{만원} \times \frac{150\text{만원}}{300\text{만원}})$$

$$\text{☞ A보험사 분담액 75만원} \quad (150\text{만원} \times \frac{150\text{만원}}{300\text{만원}})$$

0722-18700743-14560703

I . KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

<보상하지 아니하는 손해>

- ① 보험계약자나 피보험자의 고의
- ② 수익자의 고의. 단, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급
- ③ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과병원, 치과의원 의료비
- ④ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우의 질환 및 이와 상당하는 질환
- ⑤ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 진료 및 이와 상당하는 질환
- ⑥ 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우의 예방 진료
- ⑦ 의치, 의수족, 의안, 안경, 보청기, 목발, 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 수선비용
- ⑧ 종합비타민제, 호르몬 투여 비용, 치료의 목적 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품(영양제 포함), 보신용 투약비용
- ⑨ 진료와 무관한 제비용(간병비 등) 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용
- ⑩ 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 입원의료비
- ⑪ 피보험자의 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 자해, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력 행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
- ⑫ 기타 치료목적이 아닌 사유로 발생한 의료비 및 대한민국 외에서 발생된 의료비
- ⑬ 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

0722-18700743-14560703

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비 Q&A | 담보관련 |

- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항없음)

| 질문 1 | 입원을 해야만 지급되나요?

(개인사정으로 병원에 입원할 수 없어서 통원치료를 받았습니다.)

A1 입원의료실비 보장은 입원을 필수조건으로 합니다. 따라서 입원하지 않고 발생한 외래 의료비용(통원치료 등)은 보상받을 수 없습니다.

| 질문 2 | 입원하면 무조건 지급하나요?

A2 아닙니다. 국민건강보험법에서 정한 질병 또는 부상(상해)으로 입원 치료한 경우에만 보상하고, 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술, 본인 희망의 건강검진을 위해 입원한 경우 등은 제외됩니다.(단, 질병 등이 의심되어 의사소견에 따라 입원하여 검사를 받은 경우에는 지급가능)

→ 『신입원의료비담보 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)』 참조

| 질문 3 | 입원기간 중 의사가 발행한 처방전으로 약국에서 약을 구입했습니다.

A3 처방전에 따라 치료목적으로 조제투약하여 발생한 의료비의 경우는 지급 가능합니다.

| 질문 4 | 입원 중인 병원에 MRI장비가 없어 입원기간 중 다른 병원에서 MRI를 촬영한 경우는 보상이 되나요?

A4 예. 병원의 의료장비 부족으로 다른 병원에서 검사를 받은 경우에는 지급이 됩니다.

| 질문 5 | 한방병원에서 치료제라며 한약을 권유하여 복용한 경우 보상이 되나요?

A5 대부분의 한방병원에서 조제하는 한약첩약 및 한방생약제제 등은 국민건강보험법 상 급여대상이 되지 않으며, 치료를 목적으로 투여한다고 보기도 어려움에 따라 보상하지 않습니다. 다만, 치료를 위한 침술·입원료·식대 등은 보상이 되며 건강보험적용이 되는 한방약은 보상가능 합니다.

| 질문 6 | 잇몸 염증으로 치과병원에서 입원치료를 받은 경우 보상이 되나요?

A6 아니요. 국민건강보험법에서 정한 질병 또는 부상(상해)으로 치료를 목적으로 치과 병,의원에서 입원치료를 받은 경우에는 어떠한 경우라도 보상이 되지 않습니다.

| 질문 7 | 해외출장 중 국외병원에 입원치료 받은 경우 지급받을 수 있나요?

A7 아닙니다. 해외에서 입원치료를 받는 경우에는 보상받으실 수 없습니다. 국내에서 시술받기가 곤란한 경우(ex.장기를 이식받기 위해 국외에서 시술, 해외 출장 중 출산 등) 에도 보험약관 상 보상받으실 수 없습니다.

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비 Q&A | 담보관련 |

- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항 없음)

0722-18700743

| 질문 8 | 장기이식수술의 경우에는 어떻게 되나요?

A8 장기 구입비용은 제외되며, 장기를 제공받는 환자의 경우에 한해 입원의료비가 지급 가능합니다.(장기공여자는 질병으로 인한 것이 아니므로 지급대상이 아님)

| 질문 9 | 폭행사건의 피해자로서 일반적으로 처리되어 치료비를 본인이 부담한 경우 보상이 되나요?

A9 아닙니다. 보상하지 아니하는 손해인 국민건강보험법 제48조(급여의 제한:고의, 중과실, 범죄행위에 기인한 경우)에 해당되어 지급이 안됩니다.

| 질문 10 | 보조기(의치, 의수족, 보청기, 목발, 휠체어, 코르셋 등)는 지급되나요?

A10 아닙니다. '국민건강보험법에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구'를 제외한 보조기 등의 구입, 대체, 및 수선비용은 지급대상이 아닙니다.

| 질문 11 | 신수술요법이라며 레이저 수술을 받았는데 보상이 되나요?

A11 예. 국민건강보험에서 비급여로 지정되어 있지만 의사 소견에 따라 시술하는 경우에는 지급심사 시 적절한 시술이라 판단되면 보상 가능합니다.

| 질문 12 | 병실이 1인실만 있는 경우 상급병실차액 지급기준은 어떻게 되나요?

A12 특실, 1인실 또는 2인실을 사용하신 경우에는 해당 병원의 2인실 병실료와 기준병실료 차액의 50%를 보상합니다.

0722-18700743-14560703

I . KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비 Q&A | 보상금액관련 |

- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원 (해당사항 없음)

| 질문 13 | 연간 2,000만원 한도로만 지급되나요?

A13 서로 다른 상해 또는 질병으로 입원치료를 받은 경우에는 각각의 상해 또는 질병별로 2,000만원 한도로 보상됩니다.

- [예 시]
- 교통사고, 넘어져 다침 : 다른 재해간주
 - 폐암, 뇌졸중 : 다른 질병간주
 - 간암, 전이되어 폐암발생 : 동일 질병간주

단, 동일질병에 의한 입원이라도 입원의료실비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 동일질병이 재발하여 보험기간 중 재입원은 새로운 입원으로 간주되어 다시 2천만원 한도로 보상됩니다.

| 질문 14 | 보험기간 중 동일사고로 입원을 여러 차례 한 경우는 어떻게 되나요?

A14 동일한 상해나 질병으로 다른 병원으로 전원 하는 경우와 자의적인 퇴원(A.M.A Dicharge) 후 180일 이내에 재입원한 경우에는 계속된 하나의 입원으로 봅니다.

| 질문 15 | 본인부담금의 일부를 할인받았습니다. 할인받은 금액도 지급되나요?

A15 아닙니다. 피보험자 본인의 특별한 사유로 일반환자와 비교하여 저렴한 입원치료비가 발생했다 하더라도 본인이 해당병원에 실제로 지급한 금액을 기준으로 보험금을 계산합니다.

0722-18700743-14560703

I. KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비 Q&A | 보험기간관련 |

- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항 없음)

| 질문 16 | **보험가입일(2008.01.01.16시) 이전부터 입원치료를 받고 있었습니다. 보상이 가능한가요?**

- A16** 보험약관 상 아래의 경우에는 보상되지 않습니다.
- 보험개시일 현재 계속적으로 입원 중인 경우
 - 보험기간 전 입원했던 피보험자가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우
 - 피보험자(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice Discharge)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우
- 아래의 경우에는 보상가능 합니다.
- 과거 치료받던 상해나 질병과 다른 병명으로 보험기간 중 입원을 개시한 경우
 - 동일 상해나 질병이라도 보험개시일 이전에 치료를 종료하여 퇴원하였으나, 보험개시일 이후에 재발하여 재입원한 경우
- ※ 단, 자의적 퇴원(A.M.A Discharge)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 보상하지 않습니다.

| 질문 17 | **입원치료 중에 보험기간이 종료(2008.07.22.16시) 되었습니다. 보상받을 수 없나요?**

- A17** 보험기간 중에 입원을 개시하여 입원치료들 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 180일 한도로 보상해 드립니다.

| 질문 18 | **하루만 입원해도 해당되나요?**

- A18** 예. 의료기관에서 입원으로 처리가 되어 영수증 상에 입원료 등이 확인되는 경우에는 지급 가능합니다.

| 질문 19 | **응급실에서 치료 후 바로 병실에 입원한 경우 보상이 되나요?**

- A19** 예. 응급실을 경유하여 이어서 병실에 입원한 경우는 지급이 됩니다.

| 질문 20 | **A병원에서 진찰·검사후 당일자로 다른 병원에 이송한 경우 A병원의 의료비는 받을 수 있나요?**

- A20** 예. 피보험자가 병원에 입원하는 당일 발생한 통원의료비 중 입원 치료와 직접적인 관련이 있는 본인부담 의료비용은 지급됩니다.

| 질문 21 | **MRI 촬영 후 입원을 권유받았으나 병실이 없거나 개인적인 사정으로 다음날 입원한 경우 MRI비용은 지급되나요?**

- A21** 아닙니다. 하루라도 지나면 비록 MRI촬영과 입원치료가 아무리 밀접한 관계가 있더라도 지급되지 않습니다.

I . KORAIL 직원단체상해보험 계약현황

※ 아래 내용은 담보내용을 요약한 것으로 실제 보상은 약관에 따릅니다.

입원의료실비 Q&A | 다른보험관련 |

- 정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 비정규직 (2008.01.01.16시부터 담보)
- 공익요원(해당사항 없음)

질문 22 | 개인적으로 의료실비를 보상받을 수 있는 다른 보험에 가입되어 있습니다. 보험금을 청구하였는데 비례보상 한다고 합니다. 한 곳으로만 청구하면 해당보험에서 전액받을 수 있지 않나요?

A22 아닙니다. 의료비는 실손보상 원칙이 적용되므로 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 다른 보험에 청구 여부와 상관없이 각각의 보험에서 산출한 보상책임액에 대한 비율로 보상하여 드립니다.

[예시] A사에 동일한 담보조건으로 개인적으로 가입되어 있고 보상책임액이 100만원인 경우 : 삼성화재, A사 각각 50만원 지급

질문 23 | 입원치료를 받으면 정액으로 지급하는 보험에 가입되어 있습니다. 이런 경우에도 비례보상 하나요?

A23 아닙니다. 입원일당, 수술비 등 정액으로 지급하는 담보들과는 비례보상하지 않고 중복하여 지급합니다.

질문 24 | 자동차사고 또는 산재로 입원치료를 받는 경우 보상이 되나요? 자동차보험료 할증 문제로 보험처리를 하지 않았습니까?

A24 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 휴유증 및 합병증으로 발생한 입원의료비는 보상받으실 수 없습니다.

질문 25 | 자동차보험 또는 산재보험으로 입원치료를 받았으나, 치료와 관련된 본인부담액이 발생한 경우에도 보상받을 수 없나요?

A25 자동차보험 또는 산재로 처리되었음에도 불구하고 본인부담액이 발생하거나, 자동차사고 또는 산재 이외에 국민건강보험을 적용받지 못한 경우에는 약관상 지급해야 할 금액의 40%를 보상하여 드립니다.

0722-18700743-14560703

II. 보험금청구 방법

1. 보험금청구 접수처 및 청구서류 안내

□ 보상담당자 연락처

- 전화번호 02 - 2076 - 9318, 9333, 9349, 9357
- FAX 번호 0505 - 162 - 6670

□ 보험금청구 접수처

- 입원의료실비 : **FAX로 청구 가능** (상기 FAX번호 참조)
- 입원의료실비 외 : 110-130 서울시 종로구 청진동 136 삼공빌딩 9층
(우편 접수) 삼성화재(주) 기업손사파트 한국철도공사 담당자 앞


□ 보험금청구 시 필요서류

- 공통서류 : 보험금청구서(별첨참조), 통장사본
 - ☞ 교통사고 시에는 『교통사고확인서』(경찰서 발행) 추가
 - ☞ 상속인이 보험금을 청구하는 경우에는 『위임장』, 『인감증명서』 각 1통 추가
- 입원의료실비
 - 영수증 및 의료비명세서 (원본, 사본인 경우 해당기관의 원본대조필)
 - ☞ 영수증상에 의료비명세가 확인되는 경우에는 영수증으로 갈음
 - ☞ 본인부담금, 국민건강보험공단 부담금이 구분 표시
 - 진단서 또는 입/퇴원확인서(해당병명, 입원기일 명기)
- 입원의료실비 외


담 보	개별서류
① 산업재해 질병사망	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사망진단서, 제적등본 ○ (산재)요양신청서, (산재)보험급여지급확인원
② 산업재해 질병장해	<ul style="list-style-type: none"> ○ (산재)요양신청서, (산재)장해보상청구서, ○ (산재)장해진단서, (산재)보험급여지급확인원
③ 상해사망 (철도공사업무중, 업무외)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사망진단서, 제적등본 ○ 철도공사업무 중인 경우 증빙서류
④ 상해후유장해 (철도공사업무중, 업무외)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장해진단서 ○ 철도공사업무 중인 경우 증빙서류


II. 보험금청구 방법

2. 보상처리 절차


보험금 청구 

- 입원의료실비 청구는 fax로 가능
- 입원의료실비 외 담보는 우편으로 청구

청구서류 접수 및 심사 


- 서류접수 후 담당자 지정되면 기재된 C.P.번호로 접수안내 문자서비스 실시 
- 자체조사 및 손해사정법인에 위임조사 (면·부책 판단, 지급보험금 산출)

보험금 지급 

- 통장으로 보험금 지급
- 보험금 지급안내 문자서비스 

- ☞ 보험금 청구시효는 2년입니다.
- ☞ 보험금은 약관의 규정에 따라 보험가입금액 내에서 지급합니다.
- ☞ 새로운 사실 등으로 변동이 발생할 경우에는 **재심요청**이 가능하며, 재심요청서를 작성하여 보상실무담당자에게 fax로 발송바랍니다.

□ 별첨.

보험금청구양식  다음페이지 참조 (보험금청구서, 위임장, 재심요청서)

위임장

삼성화재해상보험주식회사 귀중

0722-18700743-14560703

I. 계약 및 사고사항

보험종목	신종단체상해보험				
증권번호	<input type="checkbox"/> 업무중(80703934220000) <input type="checkbox"/> 업무외(80703934370000)				
계약자	한국철도공사	주민등록번호(사업자번호)	314-82-10024	사 고 일	년 월 일 :
피보험자		주민등록번호(사업자번호)		사고장소	

II. 동의 및 위임내용

본인은 귀사에 가입하고 있는 보험계약의 상기일시 사고와 관련하여 사고에 대한 보험금의 수령권 및 기타 보험계약상 권리 일체를 하기인에게 위임하오며, 이후 이에 대하여 아무런 이의가 없음의 증거로서 본 위임장에 서명날인 제출합니다.

III. 위임관계자

위임하시는분	(인)	주민등록번호(사업자번호)	
피보험자와의관계		연 락 처	() -
위임받는 분		주민등록번호(사업자번호)	
주 소		연 락 처	() -

20 년 월 일

0722-18700743-14560703

※ 반드시 작성인이 서명·날인하시고 날인시에는 인감증명서를 첨부하시기 바랍니다.

재심요청서

■ 계약 및 인적사항

보험종목	신종단체상해보험	증권번호	<input type="checkbox"/> 업무중(80703934220000) <input type="checkbox"/> 업무외(80703934370000)	
피보험자		주민등록번호		전화번호
소속		구체적인직무		휴대전화번호

※ 피보험자는 사고 및 질병이 발생하신 분을 의미합니다.

■ 재심요청 사유

구분	내용 (기재내용이 많을 경우 별지에 작성바랍니다.)
본인 또는 상속인 의견	
	작성일 : 20 년 월 일 작성자 : (인)
소속 직원단체 상해보험 담당자 의견	
	작성일 : 20 년 월 일 작성자 : (인)

※ 반드시 정확하게 기재하여주셔야 하며, 만약 사실과 다르게 기재하실 경우 약관조항에 의거하여 '청구권상실' 등의 불이익을 받으실 수도 있습니다. 약관 지급기준에 의거하여 실지급금은 청구금액과 다를 수 있습니다.

※ 추가자료가 있으시면 함께 발송바랍니다.

0722-18700743-14560703

신종단체상해보험(II) 보통약관

제1조(보험계약의 성립) ①보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 「보험계약」은 「계약」, 「보험계약자」는 「계약자」, 「보험회사」는 「회사」라 합니다)

② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료(일정기간 단위의 나눠내는 보험료)를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하며 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다.

③ 회사가 청약을 승낙한 때에는 지체없이 보험가입증서(보험증권)을 계약자에게 교부하여 드리며, 청약을 거절할 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드립니다.

④ 이미 성립한 계약을 연장하거나 변경한 경우에는 회사는 보험가입증서(보험증권)에 그 사실을 기재하거나 서면으로 알림으로써 보험가입증서(보험증권)의 교부에 대신할 수 있습니다.

제2조(약관교부 및 설명의무 등) ①회사는 계약체결 때 계약자에게만 보험약관을 드리고 그 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음)을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 계약일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기예금이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제3조(적용범위) 회사는 아래의 조건이 충족되는 경우 단체계약(이하 「계약」이라 합니다)이라 합니다.

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

1. 제1종 단체(급여관계단체)

단체의 소속원이 그 단체로부터 일정한 급여를 지급받는 관공서, 국영기업체, 기업체 및 공장 등의 단체

2. 제2종 단체(법정단체)

제1종 단체에 해당하지 아니하는 단체로서 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 법인 또는 조합 등의 단체

3. 제3종 단체(규약 단체)

III. 보험약관

제1종 및 제2종 단체에 해당되지 아니하는 단체로서 단체운영에 관한 주요사항이 규칙 또는 정관 등에 의하여 확정되어 있는 단체. 그러나 단순히 보험가입을 목적으로 조직된 단체는 이에 포함 되지 아니합니다.

② 위 제 1항의 단체 또는 단체 대표자를 계약자로 하고, 피보험자수가 5인이상인 단체에 한합니다.

제4조(보험료) ① 보험료는 다른 약정이 없으면 보험기간이 시작되기 전에 내어야 합니다.
 ② 다른 약정이 없으면 보험기간이 시작된 후라도 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제5조(보험가입금액) ① 피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

② 제1종 단체의 경우 계약자가 피보험자의 개인별 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우라도 같은 직명 또는 직급에 속하는 피보험자의 가입금액은 각각 같은 금액으로 합니다. 단, 피보험자의 직명 또는 직급을 적용하기 어려울 때에는 보험가입금액을 각각 달리할 수 있습니다.

제6조(회사의 보장의 시기 및 종기) ① 회사의 보장은 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하여 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 그러나, 보험가입증서(보험증권)에 이와 다른 시각이 기재되어 있을 때에는 그 시각으로 하며, 시각은 보험가입증서(보험증권) 발행지의 표준시를 따릅니다.

② 회사가 계약자로부터 계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 회사는 계약상의 보장을 합니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제1항에서 정한 보장의 시기가 개시되지 아니한 경우
2. 제15조(계약전 알릴의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
3. 제18조(계약의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

제7조(청약의 철회) ① 가계성보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체요율(피보험자가 단체인 계약에 적용되는 요율)이 적용되지 않는 계약을 말합니다)에 한하여 계약자는 계약의 청약을 한 날 또는 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 단, 보험기간이 90일 이내인 경우에는 그러하지 아니합니다.

② 회사는 청약의 철회를 접수한 경우에는 지체없이 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이

III. 보험약관

지체된 기간에 대하여는 보험개발원이 공시하는 정기예금 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제8조(보상하는 손해) ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다.)에 상해를 입었을 때에는 그 상해로 인하여 생긴 손해(이하 「손해」라 합니다)를 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

제9조(보상하지 아니하는 손해) ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 보험수익자(이하 「수익자」라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
3. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)
4. 피보험자의 질병
5. 피보험자의 심신상실 또는 정신질환
6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
7. 피보험자의 사형
8. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
10. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
11. 위 제10호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상하여 드립니다)

III. 보험약관

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

단, 제3조(적용범위) 제 1항 제1종 단체(급여 단체)의 피보험자가 그 단체에 소속된 동호회 활동 목적으로 제2항 1.에서 정한 운동을 하는 동안 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.

제10조(사망보험금) ① 회사는 피보험자가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

② 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명되어 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 상태에서 정부기관이 피보험자의 사망을 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 호적에 사망이 기재된 경우에는 그 사고가 발생한 때에 피보험자가 사망한 것으로 봅니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 때에는 지급한 보험금을 회수합니다.

제11조(후유장해보험금) ① 회사는 피보험자가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 사고로 상해를 입고 그 손해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)된 경우에는 장해분류표에서([별표1]참조. 이하 같습니다.) 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제1항의 후유장해보험금 지급을 위한 후유장해지급률이 사고일로부터 180일이 지나도록 확정되지 아니하는 경우에는 사고일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 후유장해의 지급률로 결정합니다. 다만, 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간 중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 후유장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 사고로 두가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

III. 보험약관

제12조(의료비보험금) ① 회사는 피보험자가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입고 그 직접 결과로써 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 의료비보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제로 부담한 의료비 전액을 지급합니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일로부터 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일로부터 계속중인 치료에 대한 의료실비를 180일을 한도로 보상하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 아니한 경우(자동차 사고, 산업재해보상사고 등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 보험가입금액을 한도로 지급합니다.

④ 제1항 및 제3항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용.
2. 병실료차액(실제사용병실과 기준병실과의 병실료차액). 다만, 의사가 치료상 부득이 기준병실보다 입원료가 비싼 병실(이하 "상급병실"이라 함)에 입원하여야 한다고 판단하여 상급병실에 입원한 경우에는 예외로 하며, 병실의 사정으로 부득이 상급병실에 입원하였을 때에는 7일의 범위내에서 예외로 합니다.
3. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용.

⑤ 제1항 또는 제3항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제3항의 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

< 용어풀이 >

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제13조(다른 신체상해 또는 질병의 영향) ① 피보험자가 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 경우 이미 존재한 신체상해 또는 질병의 영향으로 또는 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해를 입은 후에 그 원인이 된 사고와 관계없이 새로이 발생한 상해나 질병의 영향으로 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 때에는 회사는 그 영향이 없었던 때에 상당하는 금액을 결정하여 지급합니다.

② 정당한 이유없이 피보험자가 치료를 게을리하거나 또는 계약자나 수익자가 치료를 하여 주지 않으므로 인하여 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해가 중하게 된 경우에는 제1항과 같은 방법으로 합니다.

III. 보험약관

제14조(보험금의 지급한도) ① 회사가 지급하여야 할 사망 또는 후유장해보험금은 보험기간을 통하여 보험가입증서(보험증권)에 기재된 사망 또는 후유장해 보험가입금액 각각을 한도로 합니다.

② 회사가 지급하여야 할 의료비보험금은 1사고마다 보험가입증서(보험증권)에 기재된 의료비 보험가입금액을 한도로 합니다.

제15조(계약전 알릴 의무) 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단서 포함) 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 특히 피보험자에 대하여 상해에 의한 손해를 보상하는 다른 계약을 맺은 경우에는 반드시 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제16조(대표자의 지정) ① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에게도 효력을 미칩니다.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제17조(계약후 알릴 의무) ① 계약을 맺은 후 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다) 하거나 이륜자동차 또는 원동기장치자전거를 직접 사용하게 된 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 지급을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 손해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자가 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 서면으로 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

III. 보험약관

- 제18조(계약의 해지)** ① 계약자는 손해가 발생하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험가입증서(보험증권)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자, 피보험자 또는 수익자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제15조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(계약후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ④ 제3항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때
 3. 보험을 모집한 자(이하 「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자의 계약 전 알릴 의무사항을 임의로 기재한 경우
- ⑤ 제3항 제1호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려드립니다.
- ⑥ 제3항제2호에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 손해를 제17조(계약후 알릴 의무)제3항 또는 제4항에 따라 보상하여 드립니다.
- ⑦ 손해가 제3항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아닌 것으로 증명된 때에는 제5항 및 제6항에 관계없이 보상하여 드립니다.

제19조(피보험자의 변경) ① 계약자가 피보험자를 변경할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

1. 피보험자가 이 보험에서 보장하지 아니하는 사유로 사망하거나 파산, 이민 또는 이혼 등 불가피한 사유로 계약을 계속 유지시킬 수 없는 경우
2. 계약자가 그와 고용관계에 있는 피보험자를 해고 또는 교체한 경우

<용어풀이>

고용관계라 함은 피고용인이 고용인에게 노무를 제공하고, 고용인은 그에 대한 보수를 지급하기로 약정한 관계를 말합니다.

- ② 단체계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ③ 이 계약기간중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 받거나 돌려드립니다.

III. 보험약관

- ④ 회사는 제2항 및 제3항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
- ⑤ 회사는 제3항에도 불구하고 계약자의 요청에 따라 피보험자가 소속단체를 이탈하는 경우에는 개별계약으로 전환하여 드립니다.

제20조(계약의 무효) 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우에는 계약을 무효로 합니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.

제21조(보험료의 환급) ① 이 계약이 무효, 효력상실 또는 해지된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험기간중 보험사고가 발생하여 보험금이 지급된 사실이 있으면 어떠한 경우에도 당해보험년도(초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째날)부터 1년간, 차년도(둘째년도) 이후는 각각 보험기간의 초일(첫째날) 해당일로부터 1년간을 말합니다)의 보험료는 돌려드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실 또는 해지의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 2. 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

제22조(손해의 통지) ① 계약자, 피보험자 또는 수익자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.
 ② 계약자, 피보험자 또는 수익자가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제23조(보험금 청구시 구비서류) ① 계약자, 피보험자(또는 수익자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의

III. 보험약관

법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제24조(보험금의 지급) ① 회사는 제23조(보험금 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일 및 가지급보험금 청구절차를 피보험자 또는 수익자에게 서면통지하여 드립니다.

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우에는 회사는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사가 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 수익자는 제18조(계약의 해지)와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금지급 지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제25조(보험금 청구권의 상실) 계약자, 피보험자 또는 수익자는 아래와 같은 경우에는 손해에 대한 보험금의 청구권을 잃게 됩니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 수익자가 상당한 이유없이 손해의 조사를 방해 또는 회피한 때에는 그 해당손해

제26조(소멸시효) 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제27조(계약내용의 교환) 회사는 보험계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우

III. 보험약관

회사는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법시행령 제12조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의등)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자, 피보험자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자의 상해 및 질병에 관한 정보

제28조(분쟁의 조정) 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있다.

제29조(관할법원) 이 계약에 관한 소송은 계약자, 피보험자(또는 수익자)가 선택하는 대한민국 법원을 합의에 따른 관할법원으로 합니다.

제30조(약관의 해석) ①회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

제31조(회사가 제작한 보험안내장의 효력) 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사(각종 점포 및 대리점 포함) 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제32조(회사의 손해배상책임) 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 발생한 손해에 대하여는 관계법규 및 사업방법서에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

제33조(예금보험기금에 의한 지급보장) 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제34조(준거법) 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

III. 보험약관

철도공사 업무중상해 사망담보 특별약관

제1조(적용범위) 이 특별약관의 피보험자는 철도공사의 「정규직·비정규직 임직원, 철도공사 사업장에 배치된 공익근무요원 및 대체기관사」로 합니다.

제2조(보상하는 손해) 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 보통약관 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해에 대하여 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중으로 봅니다)에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 상해를 입고 그 직접결과로서 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

철도공사 업무중상해 후유장해담보 특별약관

제1조(적용범위) 이 특별약관의 피보험자는 철도공사의 「정규직·비정규직 임직원, 철도공사 사업장에 배치된 공익근무요원 및 대체기관사」로 합니다.

제2조(보상하는 손해) 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 보통약관 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해에 대하여 업무중(통상적인 출퇴근은 업무중으로 봅니다)에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)된 경우에는 【별표1】 각호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 질병사망담보 특별약관

제1조(피보험자의 범위) 이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보상하는 손해) ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 산업재해보상보험법 제4조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병 또는 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 보험기간중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해질병사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 유족급여를 지급한 경우에만 산업재해질병사망보험금을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 산업재해보상보험법 제4조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는 근로복지공단의 판단에 따르며, 제1항의 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 보통약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제1항의 1~3, 5, 7~11 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해에 기인하는 질병
2. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병에 기인하는 경우에는 보상하여 드립니다.

제4조(손해보상후의 계약) 회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

III. 보험약관

산업재해 질병장해담보 특별약관

제1조(피보험자의 범위) 이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보상하는 손해) ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 산업재해보상보험법 제4조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」 중 질병으로 「산업재해보상보험법 시행령 별표2 신체장해등급표」에서 정한 제1급~제14급 장해(이하 「장해」라 합니다)상태가 되어, 보험기간중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 2급	특약 보험가입금액의 100%
3급 ~ 5급	특약 보험가입금액의 70%
6급 ~ 8급	특약 보험가입금액의 50%
9급 ~ 11급	특약 보험가입금액의 30%
12급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 10%

② 피보험자가 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」으로 「공무원연금법 시행령 별표2 폐질등급」에서 정한 제1급~제14급 장해상태가 되어, 보험기간중에 공무원연금관리공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에도 위 제1항과 같이 산업재해질병장해급여금을 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

④ 제1항 및 제2항에 규정한 산업재해질병장해보험금의 지급사유가 다른 「업무상의 재해」 중 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해질병장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해질병장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 이미 지급한 산업재해질병장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에서 정한 「업무상의 재해」 중 질병 또는 「공무로 인한 질병」으로 보험기간 이전에 근로복지공단 또는 공무원연금관리공단으로부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제1항 및 제2항에서 정한 보험기간중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정된 경우, 보험기간중에 판정된 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해질병장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.

⑥ 산업재해질병장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.

⑦ 제1항의 산업재해보상보험법 제4조(정의) 제1항에 규정된 「업무상의 재해」는

III. 보험약관

근로복지공단의 판단에 따르며, 제2항의 공무원연금법 제25조(급여)에서 정한 「공무로 인한 질병」은 공무원연금관리공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 보통약관 제9조(보상하지 아니하는 손해) 제1항의 1~3, 5, 7~11 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 회사가 보통약관에 따라 보험금을 지급할 상해에 기인하는 질병
2. 임신, 출산(제왕절개포함), 유산. 그러나 질병에 기인하는 경우에는 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

0722-18700743-14560703

업무의상해 사망담보(Ⅱ) 특별약관

제1조(보상하는 손해) 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 보통약관 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해에 대하여 업무외(통상적인 출퇴근을 제외합니다)에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망하였을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무의상해 후유장해담보(Ⅱ) 특별약관

제1조(보상하는 손해) 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중에 보통약관 제8조(보상하는 손해)에서 정한 상해에 대하여 업무외(통상적인 출퇴근을 제외합니다)에 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 「후유장해」라 합니다)된 경우에는 【별표1】 각 호에 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

0722-18700743-14560703

III. 보험약관

신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관

- 제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 피보험자가 국민건강보험법의 대상이 되는 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 병원 또는 의원등에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 입원의료비를 이 특별약관에 따라 피보험자에게 보상하여 드립니다.
- ② 보험기간 전 입원했던 피보험자가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)라 함)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」 하는 입원으로 보지 않습니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 180일 한도로 보상하여 드립니다(단, 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다)
- ④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제2조(입원의료비) 제1조(보상하는 손해)의 “입원의료비” 라 함은 국민건강보험법상의 보험급여부분 중 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)와 보험비급여부분의 본인부담의료비(의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제투약하여 발생한 의료비 포함)중 아래의 비용을 말합니다.

1. 입원기간중의 식대
2. 선택진료료
3. CT진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
4. MRI진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)
5. 초음파진단료(단, 의사소견서가 첨부된 것에 한합니다)

제3조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 보통약관 제9조(보상하지 아니하는 손해)에 관계없이 아래와 같은 사유로 생긴 입원의료비 또는 아래와 같은 사유에 해당하는 입원의료비에 대해서는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 보험계약자나 피보험자의 고의
- ② 수익자의 고의. 단, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다.
- ③ 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 치과병원, 치과의원 또는 한방병원, 한의원에 입원하여 발생하는 의료비의 경우
- ④ 임신, 출산, 산후기(제4차 개정 한국표준질병사인분류 번호 중 000-099)로 입원한 경우

III. 보험약관

- ⑤ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우의 다음 각목의 질환 및 이와 상당하는 보건복지부 장관이 고시하는 질환
1. 단순한 피로 또는 권태
 2. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코, 점, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 3. 발기부전·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 4. 단순 코골음
 5. 질병을 동반하지 아니한 단순포경
 6. 검열반 등 안과질환
- ⑥ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 진료로서 다음 각목의 경우의 질환 및 이와 상당하는 보건복지부 장관이 고시하는 질환
1. 쌍꺼풀수술, 코성형수술, 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 2. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 3. 무이증·소이증에 대한 외이재건술 등 청력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 4. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
 5. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 6. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
- ⑦ 국민건강보험법 제39조(요양급여) 제3항에 의한 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 다음 각목의 예방 진료 및 이와 상당하는 보건복지부 장관이 고시하는 예방진료
1. 본인의 희망에 의한 건강검진
 2. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 3. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
 4. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 치료
 5. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 6. 유전성질환 등 태아의 이상 유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
- ⑧ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 각종 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
- ⑨ 종합비타민제, 호르몬 투여 비용, 치료의 목적 및 의사의 처방에 의하지 않는 일반의약품(영양제 포함), 보신용 투약비용, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정 포함), 성장촉진과 관련된 비용등에 소요된 비용
- ⑩ 진료와 무관한 제비용(간병비, TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용

III. 보험약관

- ⑪ 자동차손해배상보장법 또는 산업재해보상보험법에 의해 처리하여야 하는 사고 또는 그로 인한 후유증 및 합병증으로 발생한 입원의료비(단, 제4조(보상기준) 제2항에 따른 본인부담 입원의료비는 보상하여 드립니다.)
- ⑫ 피보험자의 마약, 습관성 의약품, 알콜중독, 자해, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력 행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)
- ⑬ 기타 치료목적이 아닌 사유로 발생한 의료비 및 대한민국 외에서 치료하여 발생한 의료비
- ⑭ 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

제4조(보상기준) ① 회사가 지급할 피보험자 1인당 1회의 입원(입원의 개시일부터 퇴원일까지 계속된 입원을 말합니다)에 대한 입원의료비용은 증권에 기재된 입원의료비용(상해, 질병)담보 가입금액을 한도로 ()만원을 공제하고 보상합니다. 단, 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 180일 이내에 재입원한 경우에는 계속된 입원으로 봅니다.

② 제1조(보상하는 손해) 제1항에도 불구하고, 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함)에는 제2조(입원의료비)에서 발생하는 본인부담 입원의료비 총액(이 특별약관에 더하여 추가 특별약관의 체결시에는 해당 추가 특별약관의 보상을 포함합니다) 금액의 40% 해당액을 위 제1항에 정한 바에 따라 보상합니다. 단, 동 특별약관에 체결된 추가특별약관에서 보상하는 손해에 정한 사항을 제외하고 어떠한 경우에도 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제1항~제10항 및 제12항~제14항은 보상하지 않습니다.

제5조(중복보험의 처리) 제1조(보상하는 손해)의 입원의료비에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1조(보상하는 손해)의 입원의료비를 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

다수의 보험계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

제6조(계약연령의 계산) ① 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.

② 제1항에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제 연령과 차이가 있는 경우에 실제연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계산된 것으로 보고 이로 인하여 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 정해진 보험료를 받거나 돌려 드립니다.

제7조(대표연령의 지정) 단체계약에 따른 대표연령은 평균연령을 적용할 수 있습니다.

제8조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

III. 보험약관

입원의료비 출산확장담보 추가특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 회사는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제4항에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산 및 산욕 [【별표9】(임신, 출산 및 산욕 분류표) 참고] 으로 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국내의 병원 또는 의원등에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 입원의료비를 피보험자에게 보상하여 드립니다.

② 보험기간 전 입원했던 피보험자가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)라 함)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」 하는 입원으로 보지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 180일 한도로 보상하여 드립니다(단, 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다)

④ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제4항은 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 불임에 따를 검사 및 시술
2. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
3. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

제3조(보상한도) 동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관을 따릅니다.

III. 보험약관

입원병실료차액담보 추가특별약관

- 제1조(보상하는 손해)** ① 회사는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관 제2조(입원의료비) 제1항 이외에도 병실료차액의 (50)% 를 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액을 말합니다.
- ③ 보험기간 전 입원했던 피보험자가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)라 함)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」 하는 입원으로 보지 않습니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 180일 한도로 보상하여 드립니다(단, 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다)

제2조(보상한도) 동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제3조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관을 따릅니다.

0722-18700743-14560703

III. 보험약관

입원의료비 기타비급여담보 추가특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 회사는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관 제2조(입원의료비) 이외에도 비급여 항목중에서 기타비급여를 보상하여 드립니다.

② 제1항의 기타비급여란 국민건강보험법상의 보험급여 대상에서 제외되는 비급여 항목에서 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관 제2조(입원의료비)에 정한 제1호 ~제5호 및 입원병실료차액 이외에 소요된 입원의료비용을 말합니다.

③ 보험기간 전 입원했던 피보험자가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)라 함)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」 하는 입원으로 보지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 180일 한도로 보상하여 드립니다(단, 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다)

⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해) ① 회사는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항은 보상하여 드리지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관에 출산입원의료비확장담보 추가특별약관, 입원의료비 한방()담보 추가특별약관 또는 입원의료비 치과()담보 추가특별약관이 적용되는 경우에는 해당 추가특별약관의 보상하는 손해는 제1항의 보상하지 아니하는 손해에서 제외됩니다.

제3조(보상한도) 동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 신입원의료비담보(Ⅱ) 특별약관을 따릅니다.

III. 보험약관

입원의료비 한방(급여본인부담, 5대비급여, 기타비급여, 입원병실료차액) 담보 추가특별약관

제1조(적용특칙) 동 추가특별약관은 신입원의료비담보(II) 특별약관(입원의료비 출산확장담보 추가특별약관이 부가된 경우도 포함), 입원의료비 기타비급여담보 추가 특별약관, 입원병실료차액담보 추가특별약관이 동시에 체결된 경우에 한해 적용합니다.

제2조(보상하는 손해) ① 회사는 신입원의료비담보(II) 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해) 제3항에도 불구하고 국민건강보험법의 대상이 되는 상해 또는 질병으로 인하여 보험기간중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국의 한방병·의원에 입원을 개시하여 발생하는 의료비용으로서 국민건강보험법상의 보험급여부분 중 본인부담의료비와 보험비급여부분의 본인부담의료비중 국민건강보험법상의 보험급여 대상에서 제외되는 비급여 비용(단, 병실료차액은 (50)%)을 이 특별약관에 따라 피보험자에게 보상하여 드립니다.

② 제1항의 병실료차액이란 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액을 말합니다.

③ 보험기간 전 입원했던 피보험자가 보험기간 중 동일한 상해나 질병으로 병원에서 병원으로 직접 이동하는 경우(이하 전원이라 함)와 피보험자(보호자포함)가 보험기간 전 자의적으로 퇴원(Against Medical Advice discharge, 이하 자의적 퇴원(A.M.A. discharge)라 함)한 후 180일 이내에 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 「보험기간 중 병원 또는 의원에 입원을 개시」 하는 입원으로 보지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에는 해당 입원의 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 입원개시일로부터 180일 한도로 보상하여 드립니다(단, 피보험자가 동일한 상해나 질병으로 전원하는 경우와 피보험자(보호자포함)가 자의적으로 퇴원(A.M.A. discharge)한 후 동일한 상해나 질병으로 보험기간 중 재입원한 경우에는 계속 입원으로 봅니다)

⑤ 입원 중 동일 상해 또는 질병으로 인하여 입원 중인 병원의 의사소견에 따라 타 병원에 통원치료한 경우에도 입원 치료로 봅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 신입원의료비담보(II) 특별약관 제3조(보상하지 아니하는 손해)에서 정한 사항(제3항의 한방병·의원은 제외) 및 아래의 사유로 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멸미, 비만, 금연 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술
2. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 침약

제4조(보상한도) 동 추가특별약관의 보상을 포함한 입원의료비의 보상한도는 신입원의료비담보(II) 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 신입원의료비담보(II) 특별약관을 따릅니다.

※ 한국철도공사 단체상해보험은 상해 및 질병 보험금을 보통약관 상에서 지급하지 않으며, 특별약관 상에서 지급합니다.

상해 사망위험 부담보 특별약관

제1조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 보통약관 제10조(사망보험금)에도 불구하고 사망보험금을 보상하지 아니합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 후유장해위험 부담보 특별약관

제1조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 보통약관 제11조(후유장해보험금)에도 불구하고 후유장해보험금을 보상하지 아니합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 의료실비 부담보 특별약관

제1조(보상하지 아니하는 손해) 회사는 보통약관 제12조(의료비보험금)에도 불구하고 의료실비를 보상하지 아니합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

III. 보험약관

【별표 1】 장애분류표

① 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 한시장애 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

III. 보험약관

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때” 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함

III. 보험약관

하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

III. 보험약관

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) "씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) "씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) "말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(口, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) "말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) "말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.

III. 보험약관

- 10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레 인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장애의 대상이 되지 않는다.
- 13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

III. 보험약관

- ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/4이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

0722-18700743-14560703

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

- 1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.
- 2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 본 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 3) 심한 운동장애
 - 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 4) 뚜렷한 운동장애
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

III. 보험약관

- 5) 약간의 운동장해
척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태
- 6) 심한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 7) 뚜렷한 기형
척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 8) 약간의 기형
1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
- 9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)
추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)
특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우
- 12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일 부위로 한다.

III. 보험약관

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

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.
- 3) "팔"이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
- 4) "팔의 3대관절"이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
- 5) "한팔의 손목이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장애 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

III. 보험약관

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

- ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
- ② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

- 7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

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

III. 보험약관

나. 장애판정기준

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

III. 보험약관

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장애가 생기고 다른 1관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

III. 보험약관

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애의 판정기준

- 1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은

III. 보험약관

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

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10 ~ 100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	70
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	40
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
6) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
9) 심한 간질발작이 남았을 때	70
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

III. 보험약관

나. 장애판정기준

1) 신경계

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

2) 정신행동

- ① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
- ② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.
- ④ 전문이란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.
- ⑤ 평가의 객관적 근거
 - ㉠ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.
 - ㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우
 - 보호자나 환자의 진술
 - 감정의 추정 혹은 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가 보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

III. 보험약관

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

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

- ① “간질”이라 함은 돌발적 뇌과이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

0722-18700743-14560703

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 손가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

III. 보험약관

【별표 9】

임신, 출산 및 산욕 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 임신, 출산 및 산욕으로 분류되는 질병은 제 4차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1.유산된 임신	000 ~ 008
2.임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
3.주로 임신과 관련된 기타 모성 장애	020 ~ 029
4.태아와 양막강 및 가능한 분만 문제와 관련된 산모 관리	030 ~ 048
5.진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
6.분만방법	080 ~ 084
7.주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092
8.달리 분류되지 않은 기타 산과학적 병태	095 ~ 099

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기질병 이외에 약관에서 규정하는 임신, 출산 및 산욕에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

0722-18700743-14560703