계 약 안 내

본 약관은 귀하께서 가입하신 보험에 대하여
보험회사와 계약자간의
계약조건을 기술한 내용으로서
귀하가 이 보험에 가입하신 때부터
동계약이 소멸될 때까지 저희 회사와 귀하간의
권리, 의무 및 그 이행절차 등을
구체적으로 설명한 규정이므로
꼭 읽어보시고, 소중히 보관하여 주시기 바랍니다.

흥국생명보험주식회사

110-786 서울특별시 종로구 새문안로 68 (신문로1가)
콜센터 1588-2288 | www.heungkuklife.co.kr 승인번호 : 상품개발 제15-AA2-0082호(2015. 7. 1)

구 분	보 험 코 드	
	1종(종합보장형)	2종(100세보장형)
태아가입	16561	16562
출생 후 가입	16563	16564

목 차

보험계약의 중요사항 안내

1. 보험금 청구서류 안내장 ····· 3
2. 가입자 유의사항 ····· 5
3. 주요내용 요약서 ····· 8
4. 보험용어해설 ····· 11
5. 주요 민원사례 ····· 12
6. 약관 ····· 14
1) 무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 ····· 14
2) 무배당 흥국우리아이플러스보장보험(2종(100세보장형)) 보통보험약관 ····· 75
3) 무배당 주산기질환보장특약 약관 ····· 121
4) 무배당 주요선천이상진단특약 약관 ····· 135
5) 무배당 흥국우리아이플러스보장보험 플러스보장특약 약관 ····· 150
6) 무배당 우리아이재해장해보장특약Ⅱ 약관 ····· 167
7) 무배당 암직접치료입원특약 약관 ····· 185
8) 무배당 수술보장특약 약관 ····· 203
9) 무배당 입원특약 약관 ····· 217
10) 무배당 첫날부터입원특약 약관 ····· 233
11) 무배당 중환자실입원특약 약관 ····· 247
12) 무배당 어린이암통원특약 약관 ····· 262
13) 무배당 보험료납입면제특약(부모형) 약관 ····· 280
14) 무배당 우리아이(EYE,눈)치료특약 약관 ····· 295
15) 무배당 우리아이응급실내원특약 약관 ····· 311
16) 무배당 중대한어린이CI특약 약관 ····· 326
17) 무배당 실손의료비특약(갱신형) 약관 ····· 344
18) 무배당 우리아이치아보장특약(갱신형) 약관 ····· 386
19) 무배당 정기특약 약관 ····· 408
20) 지정대리청구서비스특약 약관 ····· 419

1. 보험금 청구서류 안내장

구 분	구 비 서 류
공 통	■ 보험금 청구서(개인(신용)정보처리동의서, 수익자 통장 계좌번호 포함) ■ 청구인 신분증 사본
	※ (필요시) 추가서류 · 가족관계 확인 필요시 (배우자, 자녀 등의 보장상품 등) : 가족관계 확인 서류 (가족관계증명서, 주민등록등본, 혼인관계증명서 등) * 수익자가 미성년자인 경우 미성년자의 기본증명서 추가 · 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 · 재해사고시 : 사고입증서류 (표 아래 참고)
사 망	■【수익자 지정시】 사망진단서(시체검안서) 원본 또는 망자기준 기본증명서, 가족관계증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함)
	※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인서류 : 망자기준 가족관계증명서, 혼인관계증명서, 舊 제적등본 등 · 상속인이 다수인 경우 : 대표수익자 지정합의서 (회사양식), 상속인 전원의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 상속인 전원의 개인(신용)정보처리동의서
입 원	■ 진단서 [단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체 가능] ■ 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외)
통 원	■ 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류 ※ 치과, 안과, 응급실 통원의 경우 진료비계산서(영수증) 추가
진 단	■ 진단서 ■ 진단사실 확인서류

암	· (암진단 확진이 가능한) 조직검사결과지 ※ 조직검사가 불가능한 경우 - 대체검사결과지(MRI, CT, 방사선판독지 등) ※ 혈액암 (골수검사결과지)
뇌졸중	· 정밀검사결과지 (CT, MRI 등)
급성 심근경색	· 심전도 검사결과지, 심장초음파 검사결과지, 관상동맥조영술 검사결과지, 혈액(효소)검사결과지

※ 암병기에 따른 보장상품의 경우 : 사고증명서(회사양식) 추가

골 절	■ 진단서.처방전.진료확인서.소견서.진료차트 등 **진단명**이 포함된 서류
수 술	■ 진단서.수술확인서 등 **진단명**, **수술명**, **수술일자**가 포함된 서류

1. 보험금 청구서류 안내장

구 분	구 비 서 류
장 해	■ 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터(1588-2288) 또는 접수담당자와 상의하시기 바랍니다.
	※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 ·만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 ·사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 ·인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 ·비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재
실 손 입 원	■ 진단서 (단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 대체 가능) ■ 진료비계산서(영수증), 진료비세부내역서
실 손 통 원	■ 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등 **진단명**, **통원일자** 및 **기간**이 포함된 서류 [단, 3만원 이하 실손 의료보험의 경우 (산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외) 진료비계산서(영수증)로 갈음] ■ 진료비계산서(영수증), 약제비계산서(영수증)
태아보험 신생아입원비	■ 출생증명서 또는 가족관계증명서 ■ 진단서 [단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] ■ 입퇴원확인서* (인큐베이터 사용시 해당기간 명시) * 진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외
태아보험 유산	■ 진단서(유산)
태아보험 사산	■ 사산증명서(사산)

※ 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요구할 수 있습니다.

※ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 『**진단명**』 및 『**질병분류코드**』가 **기재**되어 있어야 합니다.

< 재해 입증서류 >

1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

2. 가입자 유의사항

★보험계약 관련 특히 유의할 사항

① 보험계약관련 유의사항

○ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 **보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.**
○ 과거 질병 치료사실 등은 **보험설계사에게 말로써 알린 경우**는 보험회사에 **알리지 않은 것으로 간주**되므로, 반드시 **청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.**
○ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 **안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로** 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

태아가입시 보험료정산에 관한 사항

○ 계약체결시 피보험자(가입자녀)가 태아일 경우 보험료는 **남자 0세**를 기준으로 적용하므로 출생시 피보험자(가입자녀)의 성별이 **여자**일 경우에는 **보험료를 정산**하여 드립니다.

(무)실손의료비특약(갱신형)에서

○ 이 특약의 보험기간은 **1년 만기**로, 최초가입 후 **1년마다 갱신**을 통해 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 보장받을 수 있습니다.
○ 이 상품의 보장내용 변경주기는 최대 15년이며, 회사는 계약 체결시 재가입 조건을 안내하여 드리고, 재가입 당시 표준약관에 따라 인수합니다. 다만, 이 경우에도 회사의 심사절차에 따라 인수거절 시에는 재가입 직전의 가입조건(보장내용, 자기부담금 등)으로 재가입이 가능합니다.
○ **갱신계약의 보험료**는 갱신일 현재의 보험료율(상해입원형, 상해통원형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료를 말함)을 적용하며, 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등에 따라 최초계약 당시보다 **인상될 수 있습니다.**

(무)우리아이치아보장특약(갱신형)에서

○ 이 특약의 보험기간은 **3년 만기**로, 최초가입 후 **3년마다 갱신(다만, 최종 갱신계약은 1년 또는 2년 가능)**을 통해 최종 갱신계약의 보험기간 종료일(최대 60세)까지 보장받을 수 있습니다.

2. 가입자 유의사항

○ **갱신계약의 보험료**는 갱신일 현재의 보험료율을 적용하며, 나이의 증가, 위험률의 변동 등에 따라 최초계약 당시보다 **인상될 수 있습니다.**

② 해지환급금에 관한 사항

○ 보험계약을 **중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.** 그 이유는 납입한 보험료 중 **위험보장을 위한 보험료, 계약체결·관리비용 및 특약보험료**를 차감한 후 운용.적립되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 사업비해당액을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

★보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 피보험자가 **사망시 사망보험금을 지급하지 않습니다.** 다만, **사망 당시 주보험 및 선택특약의 책임준비금을 지급**합니다.(다만, 정기특약은 제외)
○ 암 진단확정일이 보험계약일로부터 **1년 이내인 경우 보험금이 삭감**될 수 있습니다.
○ **암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양**은 원칙적으로 **조직검사, 미세바늘흡인검사**(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 **혈액검사(암, 기타피부암 또는 갑상선암의 경우에 한함)**에 대한 현미경 소견을 기초로 한 **진단확정**만 인정됩니다.
○ 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양, 어린이·청소년 주요질환, 어린이·청소년 생활질환, 컴퓨터관련질환, 성인주요질환, 성인일반질환 등은 **약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.**
○ 의료기관에 **입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때**에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 **지급하지 않습니다.**
○ 약관상 **수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우**(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) **보험금을 지급하지 않습니다.**
○ 수술분류표를 사용하는 보험은 동 분류표에 기재되어 있는 수술만을 지급대상으로 합니다.

2. 가입자 유의사항

(무)우리아이재해장해보장특약Ⅱ에서

○ **질병이나 체질적인 요인이 있는 자**로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 **재해관련 보험금이 지급되지 않습니다.**

☞ 상품설명서 본문의 '실제사례'를 반드시 확인하시기 바랍니다.

(무)수술보장특약에서

○ 약관상 **수술의 정의에 포함되지 않는 조직의 경우**(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) **보험금을 지급하지 않습니다.**

○ 수술분류표를 사용하는 보험은 동 **분류표에 기재되어 있는 수술**만을 지급대상으로 합니다.

(무)실손의료비특약(갱신형)에서

○ 이 특약은 발생 **의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대해 일정비율**을 보상해주는 보험이며, 약관상 **보상제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.**

☞ 자세한 사항은 본문의 내용을 참고하시기 바랍니다.

○ 실제 발생한 **의료비를 보상하는 보험을 2개이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상**받게 되므로, 유사한 **보험가입여부 및 보상한도**를 반드시 **확인하시기 바랍니다.**

☞ 자세한 사항은 동 특약의 약관 제28조(다수보험의 처리) 참조

(무)암직접치료입원특약에서

○ **암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 대장점막내암은** 원칙적으로 **조직검사, 미세바늘흡인검사**(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 **혈액검사(암, 기타피부암 또는 갑상선암에 한함)**에 대한 현미경 소견을 기초로 한 **진단**만 인정됩니다.

3. 주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약전 알릴의무

보험계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 계약의 무효

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 청약의 철회

가. 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약, 전문보험계약자가 체결한 계약 또는 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

나. 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5. 계약취소

약관과 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약이 성립한 날부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

6. 계약의 소멸

피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 보험계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

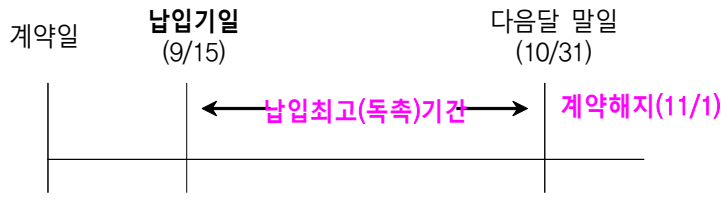
7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등

으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지로 합니다.

[보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)]



(제2회이후 보험료의 연체시)

8. 보험료 납입연체로 인한 해지 계약의 부활(효력 회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

4. 보험용어해설

1. 보험약관
생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권
계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

3. 계약자
회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자
보험사고의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자
보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 기본보험료
계약자가 보험계약 체결시 월납계약의 경우 매월, 일시납 계약의 경우 가입시 납입하기로 한 보험료

7. 보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험약관에서 정의하는 보험금지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

10. 보험가입금액
보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

11. 해지환급금
계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

5. 주요 민원사례

다음 주요 민원사례 예시는 고객님께서 가입하신 상품에 대한 주요 분쟁사례를 요약한 내용입니다. 가입하신 보험에 관하여 의문사항 또는 불만(민원)이 있으실 경우 해당 모집자나 콜센터(1588-2288) 또는 인터넷 홈페이지(www.heungkuklife.co.kr)로 문의하여 주시기 바라며, 처리 결과에 이의가 있으시면 금융감독원의 금융소비자보호센터(국번없이 1332, <www.fss.or.kr>)에 민원 또는 분쟁조정 등을 신청하실 수 있습니다. 단, 분쟁조정의 신청 이후 또는 조정 신청사건의 처리결과 진행 중에 일방 당사자가 소를 제기한 경우에는 그 분쟁조정의 처리를 중지하고 이를 당사자 쌍방에게 통보합니다.

유형	해지환급금 관련
내용	최근 출산을 한 C고객은 어린이 보험에 관심을 갖던 중 평소 알고 지내던 모집인 B씨에게 OO어린이보험 가입을 권유받음. A고객은 OO어린이보험이 납입완료시점에 이르면 해지시 이미 납입한 보험료를 모두 찾을 수 있는 원금보장 상품이라 설명 들었음. A고객은 청약서 서명이후 가입설계서 및 증권, 약관 등 중요서류를 모두 수령하였으나 모집인 B씨의 설명만을 믿고 서류를 자세히 살펴보지 않았으며, 가입 이후 자동이체를 통하여 보험료를 매월 정상적으로 납입함. 이후 수개월이 흘러 부득이하게 계약을 해지해야할 상황이 발생한 A고객은 콜센터를 통해 환급률을 확인하게 됨. 환급률이 기대이하로 저조할 뿐만 아니라 계속 보험료를 납입할 경우 납입완료시점의 환급률이 100%가 되지 않음을 안내받음. C고객은 설계사의 부실설명 및 불완전 판매를 이유로 민원을 제기함
유의사항	어린이보험과 같은 보장성 보험의 계약은 중도 해지할 경우 해지환급금은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 사업비(해지공제액 포함)등이 차감되므로 납입한 보험료보다 적거나 없을수도 있습니다.

5. 주요민원사례

유형	보장내용 상이 관련
내용	평소 감기가 잦은 두 어린 자녀를 둔 A고객은 어린이 보험에 관심을 갖던 중 평소 알고 지내던 모집인 B씨에게 OO어린이보험 가입을 권유받음. A고객은 OO어린이보험이 모든 감기에 대한 통원비 지급이 되는 상품이라 설명을 듣고 주보험 및 해당 통원특약을 가입함. A고객은 청약서 서명이후 가입설계서 및 증권, 약관 등 중요서류를 모두 수령하였으나 모집인 B씨의 설명만을 믿고 서류를 자세히 살펴보지 않았으며, 가입 이후 자동이체를 통하여 보험료를 매월 정상적으로 납입함 이후 수개월이 흘러 자녀의 감기로 인해 병원에 다녀온 A고객은 보험금을 청구하였음. 그러나 진단받은 코드가 A고객의 계약에서 보장하는 코드와 다르다는 이유로 보험금 지급을 거절당함. A고객은 설계사의 부실설명 및 보장내용과 다름을 이유로 민원을 제기함
유의사항	보장내용에 대한 사항은 보험 상품 가입 시 가장 기본이 되므로 계약자가 정확한 내용을 확인 후 가입하여야 합니다.

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 17
제 1 조【목적】 ····· 17
제 2 조【용어의 정의】 ····· 17

제2관 보험금의 지급 ····· 18
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 18
제 4 조【5대장기이식수술의 정의】 ····· 19
제 5 조【조혈모세포이식수술의 정의】 ····· 20
제 6 조【"화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】 ····· 20
제 7 조【수술의 정의와 장소】 ····· 20
제 8 조【재해골절(치아파절 제외)의 정의 및 진단확정】 ····· 21
제 9 조【"유괴·납치"의 정의】 ····· 21
제 10 조【"강력범죄"의 정의】 ····· 21
제 11 조【보험금의 지급사유】 ····· 21
제 12 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 22
제 13 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 26
제 14 조【보험금 지급사유의 발생통지】 ····· 26
제 15 조【보험금의 청구】 ····· 26
제 16 조【보험금의 지급절차】 ····· 27
제 17 조【주소변경통지】 ····· 28
제 18 조【보험수익자의 지정】 ····· 28
제 19 조【대표자의 지정】 ····· 28

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 ····· 29
제 20 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 29
제 21 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 29
제 22 조【사기에 의한 계약】 ····· 30

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 30
제 23 조【보험계약의 성립】 ····· 30
제 24 조【청약의 철회】 ····· 31
제 25 조【약관교부 및 설명의무 등】 ····· 32
제 26 조【계약의 무효】 ····· 33

제 27 조【계약내용의 변경 등】 33
제 28 조【보험나이 등】 34
제 29 조【계약의 소멸】 35

제5관 보험료의 납입 35
제 30 조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】 35
제 31 조【제2회 이후 보험료의 납입】 36
제 32 조【보험료의 자동대출납입】 36
제 33 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 37
제 34 조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】 37
제 35 조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】 38

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 38
제 36 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】 38
제 37 조【중대사유로 인한 해지】 39
제 38 조【회사의 파산선고와 해지】 39
제 39 조【해지환급금】 39
제 40 조【보험계약대출】 40
제 41 조【배당금의 지급】 40

제7관 분쟁의 조정 등 40
제 42 조【분쟁의 조정】 40
제 43 조【관할법원】 40
제 44 조【소멸시효】 41
제 45 조【약관의 해석】 41
제 46 조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】 41
제 47 조【회사의 손해배상책임】 41
제 48 조【개인정보보호】 41
제 49 조【준거법】 42
제 50 조【예금보험에 의한 지급보장】 42

<<태아가입특칙(胎兒加入特則)>> 42
제 51 조【특칙의 적용】 42
제 52 조【피보험자】 42
제 53 조【출생통지】 42

제 54 조【유산(流産), 사산(死産) 등】 42
제 55 조【복수(複數) 출생의 경우】 43
제 56 조【보험금 지급기준 적용나이】 43
제 57 조【출생전 보험금 지급사유 발생】 43
제 58 조【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】 44
제 59 조【계약일 및 가입나이의 변경】 44
(별표 1) 보험금 지급기준표 45
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표 (갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 47
(별표 3) 고액치료비 관련암 분류표 48
(별표 4) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) 49
(별표 5) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 50
(별표 6) 재해분류표 51
(별표 7) 화상 및 부식분류표 52
(별표 8) 재해골절(치아파절 제외)분류표 53
(별표 9) 장해분류표 54
(별표 10) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 74

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관

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 피보험자의 질병이나 재해에 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. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
6. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
7. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
8. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
9. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
10. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

11. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", 제7항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant Condition or Condition with malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 계약에 있어서 "고액암"이라 함은 제1항에서 "암"으로 분류되는 질병 중 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 골수암 등(별표3 "고액치료비 관련암 분류표" 참조)을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표4 "제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다.

⑥ 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표5 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

⑦ 이 계약에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사

인분류에 있어서 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다) 점막의 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양이 기저막(basement membrane)을 침윤하여 통과하였으나 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa) 내에 국한되어 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의		
점막 (mucosa)	상피세포(epithelium)	제자리암 (intraepithelial carcinoma)
	기저막(basement membrane)	
	고유판(lamina propria)	점막내암 (intramucosal carcinoma)
	점막근판(muscularis mucosa)	
점막하조직(submucosa)		점막하침윤암 (submucosal carcinoma)
고육근육(muscularis propria)		
장막(serosa)		

⑧ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 해야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑨ 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 【5대장기이식수술의 정의】

이 계약에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제 5 조 【조혈모세포이식수술의 정의】

이 계약에 있어서 "조혈모세포이식수술"이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 다만, 조혈모세포수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

제 6 조 【"화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 "화상 및 부식"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 화상 및 부식분류표(별표7 "화상 및 부식분류표" 참조)에서 정하는 항목(이하 "화상 및 부식"이라 합니다)을 말하며, 화상 및 부식의 진단확정은 병원의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 7 조 【수술의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 화상 및 부식으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위

를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제 8 조【재해골절(치아파절 제외)의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 "재해골절(치아파절 제외)"이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 재해골절(치아파절 제외)분류표(별표8 재해골절(치아파절 제외)분류표 참조)에서 정한 재해골절(치아파절 제외)(이하 "재해골절(치아파절 제외)"이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말하며, 재해골절(치아파절 제외)의 진단확정은 병원의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 9 조【"유괴·납치"의 정의】

이 계약에 있어서 "유괴·납치"라 함은 형법 제31장(약취, 유인 및 인신매매의 죄)에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

제 10 조【"강력범죄"의 정의】

이 계약에 있어서 "강력범죄"라 함은 다음 각 호에서 정하는 범죄(이하 "강력범죄"라 합니다)로 "전치 1개월을 초과하는 상해"가 발생한 경우를 말합니다. "강력범죄"의 발생은 관할 경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 하며, "전치 1개월을 초과하는 상해"의 판단은 병·의원에서 발행하는 진단서를 기준으로 합니다.

1. 형법 제24장 "살인의 죄"에서 정하는 "살인"
2. 형법 제25장 "상해와 폭행의 죄"에서 정하는 "상해 및 폭행"
3. 형법 제32장 "강간과 추행의 죄"에서 정하는 "강간"
4. 형법 제38장 "절도와 강도의 죄"에서 정하는 "강도"
5. "폭력행위 등 처벌에 관한 법률"에서 정하는 "폭행"

제 11 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수

익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암진단급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암, 고액암이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때(각 최초 1회에 한함)
2. 5대장기이식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)
3. 조혈모세포이식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)
4. 화상 및 부식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 화상 및 부식이 진단확정되고 그 화상 및 부식치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때(수술 1회당)
5. 골절치료비
   피보험자가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)상태가 되었을 때(발생 1회당)(다만, 동일 재해에 의한 경우 1회에 한함)
6. 유괴.납치급여금
   피보험자가 보험기간 중(60세, 80세만기의 경우 30세 계약해당일 전일까지) 유괴.납치의 피해자가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)
7. 강력범죄피해 위로금
   피보험자가 보험기간 중(60세, 80세만기의 경우 30세 계약해당일 전일까지) 강력범죄의 피해자가 되어 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때(사고발생 1회당)
8. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때[다만, 2형(만기환급형)에 한함]

제 12 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표9 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다)중 동일한 재해(별표6 "재해분류표"에서 정한 "재해"를 말합니다. 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체

부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제29조(계약의 소멸)의 경우 피보험자가 만15세 미만 사망시 이미 납입한 보험료와 책임준비금 중 큰 금액을 지급합니다.
③ 제29조(계약의 소멸) "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑫ 보험수익자와 회사가 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호 내지 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

⑬ 제11조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되고 그 후에 최초로 고액암으로 진단확정 되었을 경우, 고액암 진단 당시의 고액암진단급여금에서 고액암 진단 당시의 암진단급여금을 뺀 금액을 지급하여 드립니다. 그러나, 보장개시일 이후에 고액암으로 진단확정 되고 그 이후에 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우에는 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 인한 암진단급여금은 지급하지 않습니다.

⑭ 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 고액암, 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양으로 진단확정시 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에 정한 암진단급여금의 50%만 지급합니다.
⑮ 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 5대장기이식으로 수술시 제11조(보험금의 지급사유) 제2호에 정한 수술급여금의 50%만 지급합니다.
⑯ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액암, 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 암진단급여금을 지급합니다.
⑰ 제11조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료비를 지급하지 않습니다.
⑱ 제11조(보험금의 지급사유) 제7호의 경우 피보험자의 사망은 보험금 지급사유에 포함되지 않습니다.
⑲ 제11조(보험금의 지급사유)의 제6호 및 제7호의 경우 피보험자의 나이가 30세가 되는 계약해당일 전일까지 보장합니다.
⑳ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제11조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제 1항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
㉑ 제20항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
㉒ 제21항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 이 약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
㉓ 제34조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 청약일로 하여 적용합니다.
㉔ 제11조(보험금의 지급사유) 제8호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.[다만, 2

형(만기환급형)에 한함]

제 13 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 14 조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 및 피보험자나 보험수익자는 제11조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 15 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 각종진단서, 수술확인서, 골절진단서 및 관할경찰서장 발행 사고사실확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내

의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 16 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제15조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제11조(보험금의 지급사유) 제8호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표10(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제15조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제21조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 17 조【주소변경통지】

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 18 조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(보험금의 지급사유) 제8호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제1호 내지 제7호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 19 조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무

제 20 조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무" 라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 21 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제20조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날로부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제20조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

사 례
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기 하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 22 조【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 23 조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 24 조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이

를 증명하여야 합니다.

제 25 조【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려 받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 당해 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.

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

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한

보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 26 조【계약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

제 27 조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간

4. 보험가입금액
5. 계약자
6. 기타 계약의 내용

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

⑥ 회사는 제1항 제5호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 28 조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제26조(계약의 무효) 제2호의 경우는 실제 만나이를 적용합니다.

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

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

가입나이(보험나이) 계산 예시
보험나이는 6개월 단위로 반올림 계산하므로 아래의 예를 참고하시기 바랍니다. 예1] 1970년 7월 20일생이 2014년 1월 1일에 가입한 경우 2014년 1월 1일 - 1970년 7월 20일 만 43년 5개월 12일 ☞ 보험나이 43세

예2] 1970년 7월 20일생이 2014년 5월 10일에 가입한 경우 2014년 5월 10일 - 1970년 7월 20일 만 43년 9개월 20일 ☞ 보험나이 44세

제 29 조【계약의 소멸】

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 30 조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

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

1. 제20조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제21조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제 31 조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 32 조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제40조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외의 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음)등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제

39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

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

① 계약자가 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 34 조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된

보험료에 표준이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제20조(계약 전 알릴 의무), 제21조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제22조(사기에 의한 계약), 제23조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제20조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제21조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 35 조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제27조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지 된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 36 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제26조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서

서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 37 조【중대사유로 인한 해지】
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제39조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 38 조【회사의 파산선고와 해지】
① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제39조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 39 조【해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표10(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 40 조【보험계약대출】
① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 회사는 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 41 조【배당금의 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 42 조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 43 조【관할법원】
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 44 조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 45 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 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 46 조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 47 조【회사의 손해배상책임】
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 48 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, 피보험자 또는 보험수익자의 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 개인

정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 49 조【준거법】
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 50 조【예금보험에 의한 지급보장】
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<<태아가입특칙(胎兒加入特則)>>

제 51 조【특칙의 적용】
이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아(이하 "태아"라고 합니다)인 계약에 한하여 적용합니다.

제 52 조【피보험자】
제51조(특칙의 적용) 태아는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제 53 조【출생통지】
① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체 없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
2. 피보험자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
② 제1항의 사실을 알린 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 54 조【유산(流産), 사산(死産) 등】
① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류

3. 최종보험료 영수증
③ 제2항의 사실을 알린 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 55 조【복수(複數) 출생의 경우】
① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 중에서 새로운 피보험자를 지정 할 수 있습니다.
③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 피보험자는 태아 상태로 회사의 보험계약을 1건을 초과하여 가입할 수 없으며, 초과하여 가입된 보험계약은 그 사실을 회사가 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려드립니다.
④ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출해야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
⑤ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해지는 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
⑥ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
⑦ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 않습니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 책임준비금 또는 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케 한 경우

제 56 조【보험금 지급기준 적용나이】
별표1(보험금 지급기준표)에서 적용하는 피보험자의 나이는 피보험자가 출생한 날부터 계산합니다.

제 57 조【출생전 보험금 지급사유 발생】
피보험자의 출생전에 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제11조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

제 58 조【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】
① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세(여자 0세)를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 변경될 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
③ 제2항에 따른 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경 될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

제 59 조【계약일 및 가입나이의 변경】
① 회사가 제53조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년전의 해당일로 변경합니다.
② 회사는 계약을 체결할 때 태아의 성별을 남자로 하고, 또 제53조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 성별이 여자이면 그 해당일을 기준으로 피보험자의 성별을 변경합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 2,500만원]

급 여 명	지 급 사 유		지급금액
암진단급여금 (약관 제11조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암으로 진단 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	1년 미만	5,000만원
		1년 이후	10,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	1년 미만	2,500만원
		1년 이후	5,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 또는 경계성종양으로 진단 확정되었을 때(다만, 각 최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이후	300만원
5대장기이식 수술급여금 (약관 제11조 제2호)	피보험자가 보험기간중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만	1,000만원
		1년 이후	2,000만원
조혈모세포이식 수술급여금 (약관 제11조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회한)		2,000만원
화상 및 부식 수술급여금 (약관 제11조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 화상 및 부식이 진단확정되고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)		100만원
골절치료비 (약관 제11조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)상태가 되었을 때(다만, 동일 재해에 의한 경우 1회에 한함)(발생 1회당)		30만원
유괴.납치 급여금 (약관 제11조 제6호)	피보험자가 보험기간(60세, 80세만기의 경우 30세 계약해당일 전일까지) 중 유괴.납치의 피해자가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)		500만원

급 여 명	지 급 사 유	지급금액
강력범죄 피해위로금 (약관 제11조 제7호)	피보험자가 보험기간 중(60세, 80세만기의 경우 30세 계약해당일 전일까지) 보장개시일 이후에 강력범죄의 피해자가 되어 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때(사고발생 1회당)	200만원
만기급여금 (약관 제11조 제8호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때[다만, 2형(만기환급형)에 한함]	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암 등
2. 5대장기 : 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장
3. "기타피부암" 및 "갑상선암"은 "암"의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 또는 "갑상선암" 각각에 해당하는 급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
4. 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생시 대장점막내암에 해당하는 급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
6. 제11조(보험금의 지급사유) 제8호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.[다만, 2형(만기환급형)에 한함]
7. 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양으로 진단시 제11조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단급여금은 50%만 지급합니다.
8. 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 5대장기이식으로 수술시 제11조(보험금의 지급사유) 제2호의 수술급여금은 50%만 지급합니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표 (갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

약관 제3조 제1항에서 정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에서 다음 질병 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
○ 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
○ 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~ C39
○ 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
○ 피부의 악성흑색종	C43
○ 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
○ 유방의 악성신생물	C50
○ 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
○ 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
○ 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
○ 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~ C72
○ 부신의 악성신생물	C74
○ 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물	C75
○ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
○ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
○ 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
○ 진성 적혈구 증가증	D45
○ 골수 형성이상 증후군	D46
○ 만성 골수증식 질환	D47.1
○ 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
○ 골수섬유증	D47.4
○ 만성 호산구성 백혈병	D47.5

주) 1. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 제3조 제7항에서 정한 대장점막내암은 상기분류표에서 제외 됩니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

(별표 3)

고액치료비 관련암 분류표

약관 제3조 제2항에서 정하는 고액암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에서 다음 질병 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

분 류 항 목	분류번호
뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
뇌 및 중추신경계의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81~C96 D47.1, D47.5

(별표 4)

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

약관 제3조 제5항에서 정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에서 다음 질병 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
○ 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
○ 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
○ 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
○ 제자리흑색종	D03
○ 피부의 제자리암종	D04
○ 유방의 제자리암종	D05
○ 자궁경부의 제자리암종	D06
○ 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
○ 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01)중 제3조 제7항에서 정한 대장점막내암은 상기분류표에서 제외 됩니다.

(별표 5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관 제3조 제6항에서 정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에서 다음 질병 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
o 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
o 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
o 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
o 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
o 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
o 뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
o 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
o 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, 47.3, D47.4, 47.5제외)
o 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D48

주) 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 "림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 6)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해
다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병(콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 재해
다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.
① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)
③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)"중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해
⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주) 1. ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.
2. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 7)

화상 및 부식분류표

약관 제6조에 규정하는 화상 및 부식으로 분류되는 것은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다. 다만, 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에서 다음 항목 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32

(별표 8)

재해골절(치아파절 제외)분류표

약관 제8조에 규정하는 재해골절(치아파절 제외)은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다. 다만, 제7차 개정 후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목에 추가로 분류가 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

분류항목	분류번호
척추 및 척수의 출산 손상	P11.5
출산손상으로 인한 두개골 골절	P13.0
기타 두개골의 출산손상	P13.1
대퇴골의 출산손상	P13.2
기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
출산손상으로 인한 쇄골 골절	P13.4
기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S 02
(치아의 파절 제외)	(S 02.5 제외)
목의 골절	S 12
갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S 22
허리뼈 및 골반의 골절	S 32
어깨 및 팔죽지의 골절	S 42
아래팔의 골절	S 52
손목 및 손부위에서의 골절	S 62
넙적다리뼈의 골절	S 72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S 82
발목을 제외한 발의 골절	S 92
다발성 신체부위의 골절	T 02
상세불명 부위의 척추의 골절	T 08
상세불명의 부위의 팔 골절	T 10
상세불명의 부위의 다리 골절	T 12
상세불명의 신체부위의 골절	T 14.2

(별표 9)

장해분류표

【총 칙】

1. 장해의 정의
   1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
   2) "영구적"이라 함은 원칙적으로 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 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정한다.

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

3. 기타
   1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 같은 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
   2) 동일한 신체부위에 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
   3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
   4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생 시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전

도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 인하여 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

【장해분류별 판정기준】

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 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 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각")를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해정도를 평가한다.
5) "안구의 뚜렷한 운동장해"라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) "안구의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) "시야가 좁아진 때"라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
8) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
9) "눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때"라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가방법 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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균 순음역치가 90dB이상인 경우를 말한다.
3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균 순음역치가

80dB이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균 순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 또는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

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

2) "씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) "씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.

5) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)

6) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

7) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 붙였다 떼어낼 수 있는 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
③ 지름 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 (외모의/두부 또는 안면부)흉터
③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

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 같은 부위로 한다.
2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태

② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우

3) "빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다.

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(Cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해는 장해보장을 하지 않는다.

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 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우

나) "심한 장해"라 함은

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

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우

다) "뚜렷한 장해"라 함은

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

라) "약간의 장해"라 함은

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

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보장을 하지 않는다.
3) "다리"라 함은 엉덩이관절(股關節)부터 발목관절까지를 말한다.
4) "다리의 3대 관절"이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.
5) "한다리의 발목이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 다리의 관절기능 장해 평가는 하지의 3대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) "영구적 신체장해 평가지침"의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.
   가) "기능을 완전히 잃었을 때"라 함은
      ① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

      ② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "0등급(Zero)"인 경우
   나) "심한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
      ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 "1등급(Trace)"인 경우
   다) "뚜렷한 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
   라) "약간의 장해"라 함은
      ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
      ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.
    다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나

에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 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(손가락 하나 마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나 마다)	5

나. 장해판정기준

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 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
4) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼛조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률

은 각각 적용하여 더한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나 마다)	5
5) 한발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나 마다)	3

나. 장해판정기준

1) "발가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 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 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
4) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
5) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

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

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계
   ① "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
   ② 위 ①의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.
   ③ 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
   ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
   그러나, 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

⑤ 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해는 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정이나 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보장한다.

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

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 개호인(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

① "치매"라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 장해로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

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

4) 뇌전증(간질)

① "간질"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

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

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

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

⑤ "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

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

< 붙임 >

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

(별표 10)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제16조 제2항 및 제39조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암진단급여금, 수술급여금, 골절치료비, 유괴・납치급여금 강력범죄피해위로금 (제11조 제1호 내지 제7호) 및 책임준비금 (제29조)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제11조 제8호) 및 해지환급금 (제39조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제44조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(2종(100세보장형)) 보통보험약관

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 78
제 1 조【목적】····· 78
제 2 조【용어의 정의】····· 78

제2관 보험금의 지급 ····· 79
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】····· 79
제 4 조【3대질환의 정의 및 진단확정】····· 80
제 5 조【5대장기이식수술의 정의】····· 82
제 6 조【수술의 정의와 장소】····· 82
제 7 조【보험금의 지급사유】····· 82
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】····· 83
제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】····· 86
제 10 조【보험금 지급사유의 발생통지】····· 86
제 11 조【보험금의 청구】····· 86
제 12 조【보험금의 지급절차】····· 87
제 13 조【주소변경통지】····· 88
제 14 조【보험수익자의 지정】····· 88
제 15 조【대표자의 지정】····· 88

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 ····· 89
제 16 조【계약 전 알릴 의무】····· 89
제 17 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】····· 89
제 18 조【사기에 의한 계약】····· 90

제4관 보험계약의 성립과 유지 ····· 90
제 19 조【보험계약의 성립】····· 90
제 20 조【청약의 철회】····· 91
제 21 조【약관교부 및 설명의무 등】····· 92
제 22 조【계약의 무효】····· 93
제 23 조【계약내용의 변경 등】····· 93
제 24 조【보험나이 등】····· 94
제 25 조【계약의 소멸】····· 95

제5관 보험료의 납입 ····· 95
제 26 조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】····· 95
제 27 조【제2회 이후 보험료의 납입】····· 96
제 28 조【보험료의 자동대출납입】····· 96
제 29 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】····· 97
제 30 조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】····· 97
제 31 조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】····· 98

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 98
제 32 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】····· 98
제 33 조【중대사유로 인한 해지】····· 99
제 34 조【회사의 파산선고와 해지】····· 99
제 35 조【해지환급금】····· 99
제 36 조【보험계약대출】····· 100
제 37 조【배당금의 지급】····· 100

제7관 분쟁의 조정 등 ····· 100
제 38 조【분쟁의 조정】····· 100
제 39 조【관할법원】····· 100
제 40 조【소멸시효】····· 101
제 41 조【약관의 해석】····· 101
제 42 조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】····· 101
제 43 조【회사의 손해배상책임】····· 101
제 44 조【개인정보보호】····· 101
제 45 조【준거법】····· 102
제 46 조【예금보험에 의한 지급보장】····· 102

<<태아가입특칙(胎兒加入特則)>> ····· 102
제 47 조【특칙의 적용】····· 102
제 48 조【피보험자】····· 102
제 49 조【출생통지】····· 102
제 50 조【유산(流産), 사산(死産) 등】····· 102
제 51 조【복수(複數) 출생의 경우】····· 103
제 52 조【보험금 지급기준 적용나이】····· 103

제 53 조【출생전 보험금 지급사유 발생】 ····· 103
제 54 조【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】 ····· 104
제 55 조【계약일 및 가입나이의 변경】 ····· 104
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 105
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) ····· 107
(별표 3) 고액치료비 관련암 분류표 ····· 107
(별표 4) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) ····· 107
(별표 5) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 107
(별표 6) 뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표 ····· 108
(별표 7) 1~5종 수술분류표 ····· 109
(별표 8) 재해분류표 ····· 119
(별표 9) 장해분류표 ····· 119
(별표 10) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 120

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(2종(100세보장형)) 보통보험약관

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 피보험자의 질병이나 재해에 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. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
6. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
7. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
8. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
9. 해지환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

10. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
11. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", 제7항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant Condition or Condition with malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 계약에 있어서 "고액암"이라 함은 제1항에서 "암"으로 분류되는 질병 중 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 백혈병, 뇌암, 골수암 등(별표3 "고액치료비 관련암 분류표" 참조)을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표4 "제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다.
⑥ 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표5 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.
⑦ 이 계약에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다) 점막의 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양이 기저막(basement membrane)을 침윤하여 통과하였으나 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa) 내에 국한되어 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의		
점막 (mucosa)	상피세포(epithelium)	제자리암 (intraepithelial carcinoma)
	기저막(basement membrane)	
	고유판(lamina propria)	점막내암 (intramucosal carcinoma)
	점막근판(muscularis mucosa)	
점막하조직(submucosa)		점막하침윤암 (submucosal carcinoma)
고육근육(muscularis propria)		
장막(serosa)		

⑧ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 해야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
⑨ 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 【3대질환의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "3대질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 별표6 "뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표"에서 정하는 뇌출혈, 급성심근경색증과 제4항에서 정하는 말기신부전증을 말하며, 3대질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호 내지 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

② 뇌출혈 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력.신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자기방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

③ 급성심근경색증의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

④ "말기신부전증"이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적인 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 혈액투석이나 복막투석을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

제 5 조【5대장기이식수술의 정의】

이 계약에 있어서 "5대장기이식수술"이라 함은 5대장기의 만성부전상태로부터 근본적인 회복과 치료를 목적으로 관련법규에 따라 정부에서 인정한 장기이식의료기관에서 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장에 대하여 장기이식을 하는 것으로 타인의 내부장기를 적출하여 장기부전 상태에 있는 수혜자에게 이식을 시행한 경우에 대한 수술을 말합니다. 다만, 랑게르한스 소도 세포 이식수술은 보장에서 제외합니다.

제 6 조【수술의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 별표7(1~5종 수술분류표)에서 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제 7 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암진단급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암, 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 때(각 최초 1회에 한함)
2. 3대질환진단급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 3대질환으로 진단확정 되었을 때(다만, 각 최초 1회에 한함)
3. 5대장기이식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)
4. 수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 1~5종 수술분류표에서 정한

수술을 받았을 때(수술 1회당)

5. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표9 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다)중 동일한 재해(별표8 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제25조(계약의 소멸)의 경우 피보험자가 만15세 미만 사망시 이미 납입한 보험료와 책임준비금 중 큰 금액을 지급합니다.

③ 제25조(계약의 소멸) "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간

이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되고 그 후에 최초로 고액암으로 진단확정 되었을 경우, 고액암 진단 당시의 고액암진단급여금에서 고액암 진단 당시의 암진단급여금을 뺀 금액을 지급하여 드립니다. 그러나, 보장개시일 이후에 고액암으로 진단확정 되고 그 이후에 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우에는 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 인한 암진단급여금은 지급하지 않습니다.

⑭ 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 고액암, 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양으로 진단확정시 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에 정한 암진단급여금의 50%만 지급합니다.

⑮ 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 3대질환으로 진단 확정시 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에 정한 진단급여금의 50%만 지급합니다.

⑯ 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 5대장기이식으로 수술시 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에 정한 수술급여금의 50%만 지급합니다.

⑰ 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 고액암, 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외), 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암, 경계성종양, 뇌출혈, 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 진단급여금을 지급합니다.
⑱ 제7조(보험금의 지급사유) 제4호의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 수술급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
⑲ 제18항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
⑳ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
㉑ 제20항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
㉒ 제21항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 이 약관 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
㉓ 제30조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제21항의 청약일로 하여 적용합니다.
㉔ 제7조(보험금의 지급사유) 제5호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금 지급사유의 발생통지】

계약자 및 피보험자나 보험수익자는 제7조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 합니다.

제 11 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 각종진단서, 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 12 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표10(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의

효과) 및 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 13 조【주소변경통지】

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 14 조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제7조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우는 계약자로 하고, 동조 제1호 내지 제4호의 경우는 피보험자로 하며, 피보험자의 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제 15 조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무

제 16 조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무" 라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 17 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날로부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제16조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

사 례
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기 하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 18 조【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 19 조【보험계약의 성립】

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 표준이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 20 조【청약의 철회】

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

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

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약 철회를 신청할 수 있습니다.
④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이

를 증명하여야 합니다.

제 21 조【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려 받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 것을 확인한 때에 당해 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.

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

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 위 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한

보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 22 조【계약의 무효】

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

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

제 23 조【계약내용의 변경 등】

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

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료의 납입주기, 납입방법 및 납입기간

4. 보험가입금액
5. 계약자
6. 기타 계약의 내용

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

⑥ 회사는 제1항 제5호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 24 조【보험나이 등】

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제2호의 경우는 실제 만나이를 적용합니다.

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

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

가입나이(보험나이) 계산 예시
보험나이는 6개월 단위로 반올림 계산하므로 아래의 예를 참고하시기 바랍니다. 예1] 1970년 7월 20일생이 2014년 1월 1일에 가입한 경우 2014년 1월 1일 - 1970년 7월 20일 만 43년 5개월 12일 ☞ 보험나이 43세

예2] 1970년 7월 20일생이 2014년 5월 10일에 가입한 경우 2014년 5월 10일 - 1970년 7월 20일 만 43년 9개월 20일 ☞ 보험나이 44세

제 25 조【계약의 소멸】

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 이때 회사는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 26 조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

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

1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 재해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다.

제 27 조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

납입기일
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 28 조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면이외의 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음)등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제

35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제 29 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 30 조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된

보험료에 표준이율 + 1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 31 조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지 된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 32 조【계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권】

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서

서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 33 조【중대사유로 인한 해지】
① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 34 조【회사의 파산선고와 해지】
① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 드립니다.

제 35 조【해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급

금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표10(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 36 조【보험계약대출】
① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 37 조【배당금의 지급】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 38 조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 39 조【관할법원】
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 40 조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제 41 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 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 42 조【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다) 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 43 조【회사의 손해배상책임】
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 44 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, 피보험자 또는 보험수익자의 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 개인

정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 45 조【준거법】
이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 46 조【예금보험에 의한 지급보장】
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<<태아가입특칙(胎兒加入特則)>>

제 47 조【특칙의 적용】
이 특칙은 피보험자로 될 자가 보험계약 체결시에 태아(이하 "태아"라고 합니다)인 계약에 한하여 적용합니다.

제 48 조【피보험자】
제47조(특칙의 적용) 태아는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제 49 조【출생통지】
① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체 없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
2. 피보험자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
② 제1항의 사실을 알린 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 50 조【유산(流産), 사산(死産) 등】
① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.
② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류

3. 최종보험료 영수증
③ 제2항의 사실을 알린 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제 51 조【복수(複數) 출생의 경우】

① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 중에서 새로운 피보험자를 지정 할 수 있습니다.
③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 피보험자는 태아 상태로 회사의 보험계약을 1건을 초과하여 가입할 수 없으며, 초과하여 가입된 보험계약은 그 사실을 회사가 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려드립니다.
④ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출해야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
⑤ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해지는 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자에 대해서 보험계약상의 보장을 합니다.
⑥ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
⑦ 다음의 경우에는 회사는 제2항의 변경을 취급하지 않습니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 책임준비금 또는 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우
2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케 한 경우

제 52 조【보험금 지급기준 적용나이】

별표1(보험금 지급기준표)에서 적용하는 피보험자의 나이는 피보험자가 출생한 날부터 계산합니다.

제 53 조【출생전 보험금 지급사유 발생】

피보험자의 출생전에 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제7조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

제 54 조【보험료 정산 및 정산이후 납입에 관한 사항】

① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세(여자 0세)를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 변경될 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 정산합니다.
② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
③ 제2항에 따른 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액으로 합니다.
④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경 될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

제 55 조【계약일 및 가입나이의 변경】

① 회사가 제49조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 출생일이 계약일부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자의 출생일의 반년전의 해당일로 변경합니다.
② 회사는 계약을 체결할 때 태아의 성별을 남자로 하고, 또 제49조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자의 성별이 여자이면 그 해당일을 기준으로 피보험자의 성별을 변경합니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 보험가입금액 2,500만원]

급 여 명	지 급 사 유		지급금액
암 진단급여금 (약관 제7조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암으로 진단 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	1년 미만	5,000만원
		1년 이후	10,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 고액암 이외의 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단 확정되었을 때(다만, 최초 1회한)	1년 미만	2,500만원
		1년 이후	5,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 또는 경계성종양으로 진단 확정되었을 때(다만, 각 최초 1회한)	1년 미만	150만원
		1년 이후	300만원
3대질환 진단급여금 (약관 제7조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 3대질환으로 진단 확정되었을 때(다만, 각 최초 1회한)	1년 미만	500만원
		1년 이후	1,000만원
5대장기이식 수술급여금 (약관 제7조 제3호)	피보험자가 보험기간중 보장개시일 이후에 5대장기이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함) [수술급여금에 추가지급]	1년 미만	1,000만원
		1년 이후	2,000만원
수술급여금 (약관 제7조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때(수술 1회당)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원	
만기급여금 (약관 제7조 제5호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%	

주) 1. 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암 등
2. 3대질환 : 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증
3. 5대장기 : 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장

4. 1종수술 : 비골(鼻骨, 코뼈) 수술, 탈장(脫腸) 근본수술, 제왕절개술 등
2종수술 : 골(骨) 이식수술, 맹장봉축술(盲腸縫縮術), 각막/공막 이식수술 등
3종수술 : 유방절단수술, 비장(脾腸) 절제수술, 녹내장(綠內障) 관혈수술 등
4종수술 : 부신(副腎) 절제수술, 위(胃) 절제수술, 식도(食道) 이단술 등
5종수술 : 심장 이식수술, 신장(腎臟) 이식수술, 관혈적 악성신생물(암) 근치수술 등
5. "기타피부암" 및 "갑상선암"은 "암"의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 또는 "갑상선암" 각각에 해당하는 급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
7. 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생시 대장점막내암에 해당하는 급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
8. 제7조(보험금의 지급사유) 제5호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.
9. 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 및 경계성종양으로 진단시 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 암진단급여금은 50%만 지급합니다.
10. 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 3대질환으로 진단확정시 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 진단급여금은 50%만 지급합니다.
11. 보험계약일로부터 1년이 지나기 전에 5대장기이식으로 수술시 제7조(보험금의 지급사유) 제3호의 수술급여금은 50%만 지급합니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표2(악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)) 참조

(별표 3)

고액치료비 관련암 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표3(고액치료비 관련암 분류표) 참조

(별표 4)

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표4(제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)) 참조

(별표 5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조

(별표 6)

뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표

약관 제4조에서 정하는 뇌출혈 및 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호 2011. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에서 다음 질병 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

구 분	대 상 질 병	분류번호
뇌출혈	o 출산 손상으로 인한 두 개강내 열상 및 출혈 o 비외상성 뇌출혈 o 지주막하 출혈 o 뇌내출혈 o 기타 비외상성 두개내 출혈	P10 P52 I60 I61 I62
급성심근경색증	o 급성심근경색증 o 이차성 심근경색증 o 급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I21 I22 I23

(별표 7)

1~5종 수술분류표

Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [다만, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨, 코뼈)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨, 위턱뼈)·하악골(下顎骨, 아래턱뼈)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨, 코뼈) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨, 위턱뼈), 하악골(下顎骨, 아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨, 갈비뼈), 흉골(胸骨, 복장뼈) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱, 힘줄), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1

구분	수술명	수술 종류
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술[수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3

구분	수술명	수술 종류
소화기계의 수술	30. 이하선(귀밑샘) 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (다만, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염(맹장염)관련 충수주위 농양 수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 다만, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛, 항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구분	수술명	수술 종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개술(帝王切開術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳, 가운데귀) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3

구분	수술명	수술 종류
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter).고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(피부를 통한)(經皮的,Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물(암) 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(암)(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 다만, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적(피부를 통한) 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

(주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 "Ⅰ. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술" 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
   - 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
   - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

   다만, 조혈모세포이식술(일련의 과정 "추출, 필터링, 배양, 제거, 주입"을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. "관혈(觀血)" 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. "근본(根本)" 혹은 "근치(根治)" 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. "관혈적 악성신생물(암) 근치수술"이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <1~5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술"의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 1~5종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1~5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신 수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 다만, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 "일반질병 및 재해치료 목적의 수술" 88항(악성신생물(암)의 경우는 "악성신생물(암) 치료목적의 수술" 2항)을 우선 적용합니다.

6. "악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife:선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료"라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. "두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료"라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(별표 8)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6(재해분류표) 참조

(별표 9)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9(장해분류표) 참조

(별표 10)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제12조 제2항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암진단급여금, 3대질환진단급여금, 수술급여금 (제7조 제1호 내지 제4호) 및 책임준비금 (제25조)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율
만기급여금 (제7조 제5호) 및 해지환급금 (제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제40조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 주산기질환보장특약 약관 [태아가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 123
제 1 조【목적】 ····· 123
제 2 조【용어의 정의】 ····· 123

제2관 보험금의 지급 ····· 123
제 3 조【주산기질환의 정의 및 진단확정】 ····· 123
제 4 조【수술의 정의와 장소】 ····· 124
제 5 조【입원의 정의와 장소】 ····· 124
제 6 조【통원의 정의와 장소】 ····· 124
제 7 조【보험금의 지급사유】 ····· 125
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 125
제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 127
제 10 조【보험금의 청구】 ····· 128
제 11 조【보험금의 지급절차】 ····· 128

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 129
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 129
제 13 조【피보험자의 범위】 ····· 129
제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 129
제 15 조【특약내용의 변경】 ····· 129

제4관 보험료의 납입 ····· 130
제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 130
제 17 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 130
제 18 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 130
제 19 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 131

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 131
제 20 조【계약자의 임의해지】 ····· 131
제 21 조【특약의 해지환급금】 ····· 131

제6관 기타사항 ····· 131
제 22 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 131
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 132

(별표 2) 출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표 ····· 133
(별표 3) 재해분류표 ····· 134
(별표 4) 장해분류표 ····· 134
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 134

무배당 주산기질환보장특약 약관 [태아가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【주산기질환의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "주산기질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표2(출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표)에서 정한 질병(이하 "주산기질환"이라 합니다)을 말합니다.

② 주산기질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 4 조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 병원의 의사에 의하여 주산기질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]받는 경우(이하 "수술"이라 합니다)를 말합니다.

제 5 조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 병원의 의사에 의하여 주산기질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 6 조【통원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 병원의 의사에 의하여 주산기질환으로

인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에서 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 주산기질환수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "주산기질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)
2. 주산기질환입원급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "주산기질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때(3일 초과 1일당, 120일 한도)
3. 주산기질환통원급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "주산기질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때(통원 1회당)

제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는

그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.

⑦ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

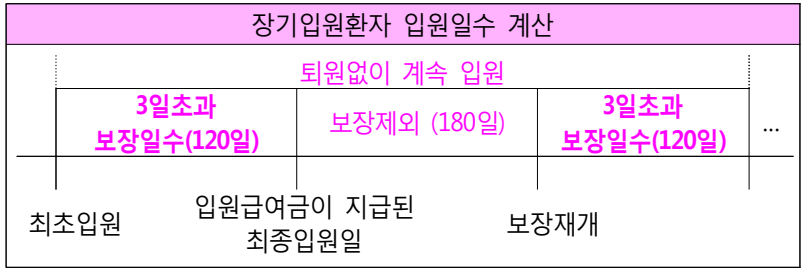
⑪ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 주산기질환입원급여금은 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

⑬ 피보험자가 동일한 주산기질환의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제12항을 적용합니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 동일한 주산기질환에 의한 입원이라도 입원급여

금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 주산기질환입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 주산기질환입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑮ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝난 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여 제12항에 따라 입원급여금을 지급하여 드립니다.
⑯ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 주산기질환으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다.
⑰ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제15항 및 제16항에 해당하는 경우에도 포함합니다.
⑱ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 주산기질환입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 수술증명서, 입원치료확인서, 통원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어진 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제13조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 13 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 15 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 17 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 때에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 18 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 19 조 【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조 【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.
② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 21 조 【특약의 해지환급금】
이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항

제 22 조 【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지급금액
주산기질환 수술급여금 (약관 제7조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 주산기질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	50만원
주산기질환 입원급여금 (약관 제7조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 주산기질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때(3일초과 1일당, 120일한도)	1만원
주산기질환 통원급여금 (약관 제7조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 주산기질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접목적으로 통원하였을 때(통원 1회당)	1만원

주) 1. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
2. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

(별표 2)

출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표

약관 제3조에 규정하는 주산기질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 제7차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 질병이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
○ 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00 ~ P04
○ 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05 ~ P08
○ 출산 외상	P10 ~ P15
○ 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20 ~ P29
○ 출생전후기에 특이한 감염	P35 ~ P39
○ 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50 ~ P61
○ 태아 및 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70 ~ P74
◦ 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75 ~ P78
◦ 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80 ~ P83
◦ 출생전후기에 기원한 기타장애	P90 ~ P96

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표6(재해분류표) 참조

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표9(장해분류표) 참조

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제11조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
주산기질환수술급여금 주산기질환입원급여금 주산기질환통원급여금 (제7조)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 주요선천이상진단특약 약관 [태아가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 137
제 1 조【목적】 ····· 137
제 2 조【용어의 정의】 ····· 137

제2관 보험금의 지급 ····· 137
제 3 조【"3대 주요 선천이상"의 정의 및 진단확정】 ····· 137
제 4 조【"언청이(구순구개열)"의 정의 및 진단확정】 ····· 138
제 5 조【"다지증"의 정의 및 진단확정】 ····· 138
제 6 조【보험금의 지급사유】 ····· 138
제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 139
제 8 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 140
제 9 조【보험금의 청구】 ····· 140
제 10 조【보험금의 지급절차】 ····· 141

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 142
제 11 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 142
제 12 조【피보험자의 범위】 ····· 142
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 142
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 142

제4관 보험료의 납입 ····· 143
제 15 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 143
제 16 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 143
제 17 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 143
제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 143

제5관 보험계약의 성립과 유지 ····· 144
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 144
제 20 조【특약의 해지환급금】 ····· 144

제6관 기타사항 ····· 144
제 21 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 144
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 145
(별표 2) 3대 주요 선천이상 분류표 ····· 146

(별표 3) 언청이(구순구개열) 분류표 ····· 147
(별표 4) 다지증 분류표 ····· 148
(별표 5) 재해분류표 ····· 149
(별표 6) 장해분류표 ····· 149
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 149

무배당 주요선천이상진단특약 약관[태아가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【"3대 주요 선천이상"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "3대 주요 선천이상"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 3대 주요 선천이상으로 분류되는 질병 (별표2 "3대 주요 선천이상 분류표" 참조)을 말합니다.

② "3대 주요 선천이상"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 의사 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 4 조 【"언청이(구순구개열)"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "언청이(구순구개열)"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 언청이(구순구개열)으로 분류되는 질병 (별표3 "언청이(구순구개열) 분류표" 참조)을 말합니다.

② "언청이(구순구개열)"의 진단확정은 병원의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 5 조 【"다지증"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "다지증"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 다지증으로 분류되는 질병 (별표4 "다지증 분류표" 참조)을 말합니다.

② "다지증"의 진단확정은 병원의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 6 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 "3대 주요 선천이상", "언청이(구순구개열)" 및 "다지증"으로 진단확정 되었을 때에는 보험수익자에게 진단급여금(별표 1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다. (다만, 각각 최초 1회에 한하여 지급)

제 7 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 피보험자가 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표5 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제6조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.

⑧ 제1항에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항에서 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑬ 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 "3대 주요 선천이상", "언청이(구순구개열)" 및 "다지증"으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보아 제6조(보험금의 지급사유)의 진단급여금을 지급합니다.

⑭ 피보험자가 보험기간 중 동시에 두 종류 이상의 "3대 주요 선천이상"으로 진단확정 되었을 경우에는 1회의 진단급여금만 지급하며, "3대 주요 선천이상"으로 인한 진단급여금은 더 이상 지급하지 않습니다.

제 8 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 9 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 10 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제9조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제12조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 12 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 16 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 17 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 보험계약의 성립과 유지

제 19 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해지환급금은 없습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 20 조【특약의 해지환급금】

이 특약의 해지환급금은 없습니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
3대 주요선천이상 진단급여금 (약관 제6조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 3대 주요선천이상으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	200만원
언청이 (구순구개열) 진단급여금 (약관 제6조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 언청이(구순구개열)로 진단확정 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	200만원
다지증 진단급여금 (약관 제6조)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 다지증으로 진단확정 되었을 때(다만, 최초1회에 한함)	100만원

주) 1. 3대 주요 선천이상 : 이분척추, 팔로 네증후, 다운증후군
2. 피보험자가 보험기간 중 동시에 두 종류 이상의 "3대 주요 선천이상"으로 진단확정 되었을 경우에는 1회의 진단급여금만 지급하며, "3대 주요 선천이상"으로 인한 진단급여금은 더 이상 지급하지 않습니다.

(별표 2)

3대 주요 선천이상 분류표

3대 주요 선천이상으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 이분척추	Q05
2. 팔로 네증후	Q21.3
3. 다운증후군	Q90

※ 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 3)

언청이(구순구개열) 분류표

언청이(구순구개열)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구개열	Q35
2. 구순열	Q36
3. 구순열을 동반한 구개열	Q37

※ 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

다지증 분류표

다지증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
다지증	Q69

※ 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에서 정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6(재해분류표) 참조

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9(장해분류표) 참조

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제10조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
"3대 주요 선천이상", "언청이(구순구개열)" 및 "다지증" 진단급여금 (제6조)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 흥국우리아이플러스보장보험 플러스보장특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 152
제 1 조【목적】 ····· 152
제 2 조【용어의 정의】 ····· 152

제2관 보험금의 지급 ····· 152
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 152
제 4 조【조혈모세포이식수술의 정의】 ····· 153
제 5 조【"화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】 ····· 154
제 6 조【수술의 정의와 장소】 ····· 154
제 7 조【재해골절(치아파절 제외)의 정의 및 진단확정】 ····· 155
제 8 조【"유괴·납치"의 정의】 ····· 155
제 9 조【보험금의 지급사유】 ····· 155
제 10 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 156
제 11 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 158
제 12 조【보험금의 청구】 ····· 159
제 13 조【보험금의 지급절차】 ····· 159

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 160
제 14 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 160
제 15 조【피보험자의 범위】 ····· 161
제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 161
제 17 조【특약내용의 변경】 ····· 161

제4관 보험료의 납입 ····· 161
제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 161
제 19 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 161
제 20 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 162
제 21 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 162

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 162
제 22 조【계약자의 임의해지】 ····· 162
제 23 조【특약의 해지환급금】 ····· 163

제6관 기타사항 ····· 163
제 24 조【주계약 약관의 준용】 ····· 163
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 164
(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) ····· 165
(별표 3) 재해분류표 ····· 165
(별표 4) 화상 및 부식분류표 ····· 165
(별표 5) 재해골절(치아파절 제외) 분류표 ····· 165
(별표 6) 장해분류표 ····· 165
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 166

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", 제4항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant Condition or Condition with malignant Potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 계약에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다) 점막의 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양이 기저막(basement membrane)을 침윤하여 통과하였으나 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa) 내에 국한되어 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의		
점막 (mucosa)	상피세포(epithelium)	제자리암 (intraepithelial carcinoma)
	기저막(basement membrane)	
	고유판(lamina propria)	점막내암 (intramucosal carcinoma)
	점막근판(muscularis mucosa)	
점막하조직(submucosa)		점막하침윤암 (submucosal carcinoma)
고육근육(muscularis propria)		
장막(serosa)		

⑤ "암", "갑상선암", "기타피부암", "대장점막내암"의 진단확정은 병리 및 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 해야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암", "대장점막내암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조 【조혈모세포이식수술의 정의】

이 계약에 있어서 "조혈모세포이식수술"이라 함은 골수부전상태 또는 악성

종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상 조혈모세포(hematopoietic stem cell)를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 다만, 조혈모세포수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.

제 5 조 【"화상 및 부식"의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 "화상 및 부식"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류표 중 화상 및 부식분류표(별표4 "화상 및 부식분류표" 참조)에서 정하는 항목(이하 "화상 및 부식"이라 합니다)을 말하며, 화상 및 부식의 진단확정은 병원의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 6 조 【수술의 정의와 장소】

이 계약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 화상 및 부식으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위

원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

제 7 조【재해골절(치아파절 제외)의 정의 및 진단확정】

이 계약에 있어서 "재해골절(치아파절 제외)"이라 함은 재해로 인하여 뼈의 구조상의 연속성이 완전하게 또는 불완전하게 끊어진 상태로서 별표5 "재해골절(치아파절 제외)분류표"에서 정한 재해골절(치아파절 제외)(이하 "재해골절(치아파절 제외)"이라 합니다) 진단을 받은 경우를 말하며, 재해골절(치아파절 제외)의 진단확정은 병원의 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제 8 조【"유괴·납치"의 정의】

이 계약에 있어서 "유괴·납치"라 함은 형법 제31장(약취, 유인 및 인신매매의 죄)에서 정하는 범죄로 관할경찰서장이 발행하는 사고사실확인서를 기준으로 합니다.

제 9 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 조혈모세포이식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 때(다만, 최초1회에 한함)
2. 화상 및 부식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 화상 및 부식이 진단확정되고 그 화상 및 부식치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때(수술1회당)
3. 골절치료비
   피보험자가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)상태가 되었을 때(발생 1회당)(다만, 동일 재해에 의한 경우 1회에 한함)
4. 유괴·납치급여금
   피보험자가 보험기간 중(60세, 80세만기의 경우 30세 계약해당일 전일까지) 유괴·납치의 피해자가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)
5. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때[다만, 2종(만기환급형)에 한함]

제 10 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 또는 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우 또는 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제14조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장

해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호 내지 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

⑫ 제9조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 골절치료비를 지급하지 않습니다.

⑬ 제9조(보험금의 지급사유)의 제4호의 경우 피보험자의 나이가 30세가 되는 계약해당일 전일까지 보장합니다.
⑭ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑯ 제15항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제19조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑰ 제20조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑱ 제9조(보험금의 지급사유) 제5호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.[다만, 2종(만기환급형)에 한함]

제 11 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 12 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 각종진단서, 수술확인서, 골절진단서 및 관할경찰서장 발행 사고사실확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 13 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제12조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제9조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 14 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제15조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우에도 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 15 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 16 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 17 조【특약내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제23조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 18 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 19 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 때에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제23조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 20 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 21 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 22 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 23 조 【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 24 조 【주계약 약관의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 2,500만원]

급 여 명	지 급 사 유	지급금액
조혈모세포이식 수술급여금 (약관 제9조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 조혈모세포이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회한)	1,000만원
화상 및 부식 수술급여금 (약관 제9조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 재해를 직접적인 원인으로 화상 및 부식이 진단확정되고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	50만원
골절치료비 (약관 제9조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)상태가 되었을 때(다만, 동일 재해에 의한 경우 1회에 한함)(발생 1회당)	30만원
유괴·납치 급여금 (약관 제9조 제4호)	피보험자가 보험기간(60세, 80세만기의 경우 30세 계약해당일 전일까지) 중 유괴·납치의 피해자가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	500만원
만기급여금 (약관 제9조 제5호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때[다만, 2종(만기환급형)에 한함]	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 대장점막내암 또는 경계성종양 제외)으로 진단확정 되었을 경우 또는 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
2. 제9조(보험금의 지급사유) 제5호의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.[다만, 2종(만기환급형)에 한함]

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표2(악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외))
참조

(별표 3)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6(재해분류표) 참조

(별표 4)

화상 및 부식분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표7(화상 및 부식분류표) 참조

(별표 5)

재해골절(치아파절 제외) 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표8(재해골절(치아파절 제외) 분류표) 참조

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9(장해분류표) 참조

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
수술급여금, 골절치료비, 유괴·납치급여금 (제9조 제1호 내지 제4호) 및 책임준비금 (제14조 제4항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제9조 제5호) 및 해지환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 우리아이재해장해보장특약Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 169
제 1 조【목적】 ····· 169
제 2 조【용어의 정의】 ····· 169

제2관 보험금의 지급 ····· 169
제 3 조【자전거, 교통재해 및 자전거탑승중 교통재해의 정의】 ····· 169
제 4 조【스쿨존(어린이보호구역) 및 스쿨존교통사고의 정의】 ····· 170
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 171
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 171
제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 174
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 174
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 175
제 10 조【보험금 받는 방법의 변경】 ····· 176

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 176
제 11 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 176
제 12 조【피보험자의 범위】 ····· 177
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 177
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 177

제4관 보험료의 납입 ····· 177
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 177
제 16 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 178
제 17 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 178
제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 178

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 178
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 178
제 20 조【특약의 해지환급금】 ····· 179

제6관 기타사항 ····· 179
제 21 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 179
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 180
(별표 2) 재해분류표 ····· 181

(별표 3) 교통재해 분류표 ····· 182
(별표 4) 스쿨존 교통사고 분류표 ····· 183
(별표 5) 장해분류표 ····· 184
(별표 6) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 184

무배당 우리아이재해장해보장특약Ⅱ 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【자전거, 교통재해 및 자전거탑승중 교통재해의 정의】

① 이 특약에 있어서 "자전거"라 함은 무동력 자전거에 한하며, 도로교통법 제2조(정의)의 이륜자동차, 원동기자전거는 제외합니다.

② 이 특약에 있어서 "교통재해"란 별표3(교통재해 분류표)에서 정한 교통재해를 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 "자전거탑승중 교통재해"란 도로교통법 제2조(정의)에서 정한 도로에서 자전거 승차중 일어난 교통재해(이하 "자전거탑승중 교통재해"라 합니다)를 말합니다.

④ "자전거탑승중 교통재해"는 관할 경찰서에 접수되어 처리된 사건에 한하며, 경찰서 교통사고사실확인서(관할 경찰서장 발행)와 의사진단서를 기준으로 합니다.

자전거
도로교통법 제2조에서 정한 자전거란 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호에 따른 자전거로, 사람의 힘으로 페달 또는 손페달을 사용하여 움직이는 구동장치와 조향장치, 제동장치가 있는 두 바퀴 이상의 차로서 행정안전부령으로 정하는 크기와 구조를 갖춘 것을 말합니다.

제 4 조 【스쿨존(어린이보호구역) 및 스쿨존교통사고의 정의】

① 이 특약에 있어서 "스쿨존(어린이보호구역)"은 도로교통법 제12조(어린이보호구역의 지정 및 관리)에서 정한 스쿨존(어린이보호구역)을 말합니다. 향후 「도로교통법」 및 「어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙」이 개정된 경우, 개정된 내용을 적용합니다.

② 이 특약에 있어서 "스쿨존 교통사고"라 함은 별표4(스쿨존 교통사고 분류표)에서 정한 교통사고를 말합니다. 스쿨존 교통사고는 경찰에 교통사고로 접수되어 처리된 사건에 한하며, 경찰서 교통사고사실확인서(관할 경찰서장 발행)와 의사진단서를 기준으로 합니다.

도로교통법 제12조
제12조(어린이보호구역의 지정 및 관리) ① 시장 등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다. 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교 2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 안전행정부령으로 정하는 어린이집 3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 안전행정부령으로 정하는 학원 ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 안전행정부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다. ③ 차마의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.

어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙 제3조
제3조(보호구역의 지정)의 6항 ⑥ 시장등은 제4항에 따른 조사 결과 보호구역으로 지정·관리할 필요가

인정되는 경우에는 관할 지방경찰청장 또는 경찰서장과 협의하여 해당 보호구역 지정대상시설의 주(主) 출입문을 중심으로 반경 300미터 이내의 도로 중 일정구간을 보호구역으로 지정한다. 다만, 시장 등은 해당 지역의 교통여건 및 효과성 등을 면밀히 검토하여 필요한 경우 보호구역 지정대상시설의 주 출입문을 중심으로 반경 500미터 이내의 도로에 대해서도 보호구역으로 지정할 수 있다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 자전거탑승중교통재해 장해급여금
   피보험자가 보험기간 중 "자전거탑승중 교통재해"로써 장해분류표(별표5 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
2. 기타교통재해 장해급여금
   피보험자가 보험기간 중 "자전거탑승중 교통재해" 이외의 "교통재해"로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
3. 일반재해 장해급여금
   피보험자가 보험기간 중 "자전거탑승중 교통재해 및 교통재해" 이외의 재해(별표3 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다)로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때
4. 스쿨존교통사고치료비
   피보험자가 보험기간 중 "스쿨존 교통사고"를 직접적인 원인으로 부상 치료를 받았을 때(13세 계약해당일 전일까지만 보장, 발생 1회당)
5. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제11조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 및 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항 및 제12항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항 및 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항 및 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항 및 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 다른 재해로써 장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 장해가 이미 재해장해급여금을 지급받은 동일부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받

은 재해장해급여금을 뺀 금액을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에서 그 재해 전에 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일부위에 또 다시 제10항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 재해장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 재해장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 재해장해급여금을 빼고 지급합니다.

1. 이 특약의 보장개시전의 원인에 의하거나 그 이전에 발생한 장해로 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 제1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 재해장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 재해장해급여금이 지급되지 않았던 장해

⑫ 동일한 재해로 인한 장해지급률은 100%를 한도로 합니다.

⑬ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제4호의 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 장해 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

⑮ 제5조(보험금의 지급사유) 제5호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제5호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

⑤ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 10 조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호에 따른 재해장해급여금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 11 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제12조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우에 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출

방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 12 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 16 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 때에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 17 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으

며, 이 경우 회사는 제20조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전" 임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 20 조 【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조 【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 내 용
자전거탑승중교통재해 장해급여금 (약관 제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 "자전거탑승 중 교통재해"로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1억1,000만원 × 해당 장해지급률
기타교통재해 장해급여금 (약관 제5조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 "자전거탑승 중 교통재해" 이외의 "교통재해"로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1억원 × 해당 장해지급률
일반재해 장해급여금 (약관 제5조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 "자전거탑승 중 재해" 및 "교통재해"이외의 재해로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	5,000만원 × 해당 장해지급률
스쿨존교통사고 치료비 (약관 제5조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 "스쿨존 교통사고"를 직접적인 원인으로 부상치료를 받았을 경우(13세 계약해당일 전일 까지만 보장, 발생 1회당)	30만원
만기급여금 (약관 제5조 제5호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 계약을 체결할 때 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
2. 피보험자가 사망하였을 경우에는 책임준비금을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

교통재해 분류표

① 이 보험에서 "교통재해"라 함은 다음에 정하는 사고를 말합니다.
가. 운행중의 교통기관(이에 적재되어 있는 것을 포함합니다)의 충돌, 접촉, 화재, 폭발, 도주 등으로 인하여 그 운행 중의 교통기관에 탑승하고 있지 아니한 피보험자가 입은 불의의 사고
나. 운행중인 교통기관에 탑승하고 있는 동안 또는 승객으로서 개찰구를 갖는 교통기관의 승강장 구내(개찰구의 안쪽을 말합니다)에 있는 동안 피보험자가 입은 불의의 사고
다. 도로 통행 중 건조물, 공작물 등의 도괴 또는 건조물, 공작물 등으로부터의 낙화물로 인하여 피보험자가 입은 불의의 사고
② 제1호에서 교통기관이라 함은 본래 사람이나 물건을 운반하기 위한 것으로 다음에 정한 것을 말합니다.
가. 기차, 전동차, 기동차, 모노레일, 케이블카(공중 케이블카를 포함합니다), 엘리베이타 및 에스컬레이타 등
나. 승용차, 버스, 화물자동차, 오토바이, 스쿠타, 자전거, 화차, 경운기 및 우마차 등
다. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다) 등
③ 제2호의 교통기관과 유사한 기관으로 인한 불의의 사고일지라도 도로상에서 사람 또는 물건의 운반에 사용되고 있는 동안이나 도로상의 주행 중에 발생한 사고는 교통사고로 봅니다.
④ 제1호 "가" 또는 "나"에 해당하는 사고일지라도 공장, 토목작업장, 채석장, 탄광 또는 광산의 구내에서 사용되는 교통기관에 직무상 관계하는 피보험자의 그 교통기관으로 인한 직무상의 사고는 교통사고로 보지 아니합니다.
⑤ 이 표에서 도로라 함은 일반의 교통에 사용할 목적으로 공중에게 개방되어 있는 모든 도로(자동차 전용도로 및 통로를 포함합니다)로서 터널, 교량, 도선시설 등 도로와 일체가 되어 그 효용을 보완하는 시설 또는 공작물을 포함합니다.

(별표 4)

스쿨존 교통사고 분류표

이 보험에서 "스쿨존 교통사고"라 함은 스쿨존(어린이보호구역)에서 도로교통법 제2조에서 규정하는 "차"로 인하여 발생한 교통사고 중 인적 피해(부상)가 발생한 교통사고를 말합니다.

1. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   (1) 자동차
   (2) 건설기계
   (3) 원동기장치자전거
   (4) 자전거
   (5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것.
   다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차와 안전행정부령으로 정하는 보행보조용 의자차는 제외한다.
2. "부상"이라 함은 다음의 중상, 경상, 부상신고에 해당하는 것을 말한다.
   (1) 중상 - 교통사고로 인하여 3주 이상의 치료를 요하는 부상을 입은 경우
   (2) 경상 - 교통사고로 인하여 5일 이상 3주 미만의 치료를 요하는 부상을 입은 경우
   (3) 부상신고 - 교통사고로 인하여 5일 미만의 치료를 요하는 부상을 입은 경우

(별표 5)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9 (장해분류표)와 동일

(별표 6)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
재해장해급여금 스쿨존교통사고 치료비 (제5조 제1호 내지 제4호) 및 책임준비금 (제11조 제4항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제5조 제5호) 및 해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 암직접치료입원특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 187
제 1 조【목적】 ····· 187
제 2 조【용어의 정의】 ····· 187

제2관 보험금의 지급 ····· 187
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 187
제 4 조【입원의 정의와 장소】 ····· 189
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 190
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 190
제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 193
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 193
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 194

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 194
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 194
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 195
제 12 조【특약의 무효】 ····· 195
제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 196
제 14 조【특약내용의 변경】 ····· 196

제4관 보험료의 납입 ····· 196
제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 196
제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 197
제 17 조【보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ····· 197
제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 197

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 197
제 19 조【계약자의 임의해지】 ····· 197
제 20 조【특약의 해지환급금】 ····· 198

제6관 기타사항 ····· 198
제 21 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 198
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 199

(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) ····· 201
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) ····· 201
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 201
(별표 5) 재해분류표 ····· 201
(별표 6) 장해분류표 ····· 201
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 202

무배당 암직접치료입원특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 생존 또는 질병 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율
   회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병.사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 특약에서 "소액암"이라 함은 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다.

1. "갑상선암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표3 "제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다.
4. "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표4 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

③ 이 특약에 "대장점막내암"이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다) 점막의 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양이 기저막(basement membrane)을 침윤하여 통과하였으나 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa) 내에 국한되어 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

<table>
<tr><th colspan="3">대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의</th></tr>
<tr><td rowspan="4">점막
(mucosa)</td><td>상피세포(epithelium)</td><td rowspan="2">제자리암
(intraepithelial carcinoma)</td></tr>
<tr><td>기저막(basement membrane)</td></tr>
<tr><td>고유판(lamina propria)</td><td rowspan="2">점막내암
(intramucosal carcinoma)</td></tr>
<tr><td>점막근판(muscularis mucosa)</td></tr>
<tr><td colspan="2">점막하조직(submucosa)</td><td rowspan="3">점막하침윤암
(submucosal carcinoma)</td></tr>
<tr><td colspan="2">고육근육(muscularis propria)</td></tr>
<tr><td colspan="2">장막(serosa)</td></tr>
</table>

④ "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액

(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 진단확정은 병리 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 암, 대장점막내암 또는 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암 및 대장점막내암 직접치료입원급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고, 그 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때(3일초과 1일당, 120일 한도)
2. 소액암 직접치료입원급여금
   피보험자가 보장개시일 이후에 소액암으로 진단 확정되고 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일초과 1일당, 120일 한도)
3. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표5 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

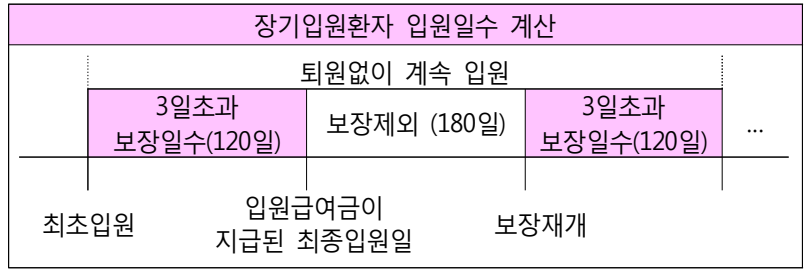
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그

악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항에서 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제5조

(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
⑭ 제13항의 "청약일 이후 5년을 지나는 동안"이라 함은 제16조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑮ 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑯ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 하며, 동일한 암, 대장점막내암 또는 소액암(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정하는 암, 대장점막내암 또는 소액암을 포함하며, 이하 같습니다)의 치료를 목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 지급일수 최고한도 120일을 적용합니다.
⑰ 제16항에도 불구하고 동일한 암, 대장점막내암 또는 소액암에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑱ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝난 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제16항에 따라 입원급여금을 지급하여 드립니다.
⑲ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 암, 대장점막내암 또는 소액암으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
⑳ 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제19항에 해당하는 경우에도 포함합니다.
㉑ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

㉒ 제5조(보험금의 지급사유) 제3호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(암, 대장점막내암 또는 소액암 입원치료확인서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사·확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 의하여 보험금지급사유 또는 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 보험계약자가 청약하고 회사가 승낙함으

로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우에 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
④ 제2항에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 11 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

심신상실자, 심신박약자
심신상실자 또는 심신박약자라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

제 13 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 14 조【특약내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제20조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 15 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 16 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 17 조【보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제15조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항 및 제4항을 따릅니다.

제 18 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 19 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제1항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출하여야 합니다.

제 20 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 21 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 액
암 및 대장점막내암 직접치료 입원급여금 (약관 제5조 제1호)	피보험자가 보장개시일 이후에 암 또는 대장점막내암으로 진단 확정되고 그 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (3일초과 1일당, 120일 한도)	5만원
소액암 직접치료 입원급여금 (약관 제5조 제2호)	피보험자가 보장개시일 이후에 소액암으로 진단 확정되고 그 소액암의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 (3일초과 1일당, 120일 한도)	2만원
만기급여금 (약관 제5조 제3호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양
2. 소액암은 "암"의 정의에서 제외되는 바, 소액암으로 보험금 지급사유 발생시 소액암에 해당하는 급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 급여금은 지급하지 않습니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
4. 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생시 대장점막내암에 해당하는 급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
5. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지

계약체결당시 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표
(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표2 (악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외))와
동일

(별표 3)

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표4 (제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외))와 동일

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표5 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)와 동일

(별표 5)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9 (장해분류표)와 동일

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제20조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원급여금 (제5조 제1호 및 제2호) 및 책임준비금 (제10조 제5항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제5조 제3호) 및 해지환급금 (제20조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약 대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 수술보장특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 205
제 1 조【목적】 ····· 205
제 2 조【용어의 정의】 ····· 205

제2관 보험금의 지급 ····· 205
제 3 조【수술의 정의와 장소】 ····· 205
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 206
제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 206
제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 209
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 209
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 209

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 210
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 210
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 211
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 211
제 12 조【특약내용의 변경】 ····· 211

제4관 보험료의 납입 ····· 211
제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 211
제 14 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 212
제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 212
제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 212

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 213
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 213
제 18 조【특약의 해지환급금】 ····· 213

제6관 기타사항 ····· 213
제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 213
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 214
(별표 2) 재해분류표 ····· 215
(별표 3) 1~5종 수술분류표 ····· 215
(별표 4) 장해분류표 ····· 215

(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 216

무배당 수술보장특약 약관[가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 또는 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【수술의 정의와 장소】

이 특약에서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 또는 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의사의 관리하에 별표3(1~5종 수술분류표)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주

사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]받는 경우(이하 "수술"이라 합니다)를 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 4 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 별표3(1~5종 수술분류표)에서 정한 수술을 받았을 때(수술 1회당)
2. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표4 "장해분류표"참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급

률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
② 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.
⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항에서 해당질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑬ 제12항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제14조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑭ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑮ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 수술급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.
⑯ 제15항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기.복부장기.비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌.우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
⑰ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑱ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 수술증명서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면

제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 경우 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금 등을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사.확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제17항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은

더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
④ 제2항에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 10 조【피보험자의 범위】
이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】
이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위내에서 정합니다.

제 12 조【특약내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조 (특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시)의 규정을 따릅니다.

제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제1항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출하여야 합니다.

제 18 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
수술급여금 (약관 제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 별표3(1~5종 수술분류표)에서 정한 수술을 받았을 때(수술 1회당)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원
만기급여금 (약관 제4조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 1종수술 : 비골(鼻骨, 코뼈) 수술, 탈장(脫腸) 근본수술, 제왕절개술 등
2종수술 : 골(骨) 이식수술, 맹장봉축술(盲腸縫縮術), 각막/공막 이식수술 등
3종수술 : 유방절단수술, 비장(脾腸) 절제수술, 녹내장(綠內障) 관혈수술 등
4종수술 : 부신(副腎) 절제수술, 위(胃) 절제수술, 식도(食道) 이단술 등
5종수술 : 심장 이식수술, 신장(腎臟) 이식수술, 관혈적 악성신생물(암) 근치수술 등

2. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 계약체결당시 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

1~5종 수술분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(2종(100세보장형)) 보통보험약관
별표7 (1~5종 수술분류표)와 동일

(별표 4)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9 (장해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
수술급여금 (제4조 제1호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제4조 제2호) 또는 해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다
2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 입원특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 219
제 1 조【목적】 ····· 219
제 2 조【용어의 정의】 ····· 219

제2관 보험금의 지급 ····· 219
제 3 조【입원의 정의와 장소】 ····· 219
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 220
제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 220
제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 223
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 224
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 224

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 225
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 225
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 225
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 225
제 12 조【특약내용의 변경】 ····· 226

제4관 보험료의 납입 ····· 226
제 13 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 226
제 14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 226
제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 227
제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 227

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 227
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 227
제 18 조【특약의 해지환급금】 ····· 227

제6관 기타사항 ····· 228
제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 228
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 229
(별표 2) 재해분류표 ····· 230
(별표 3) 장해분류표 ····· 230
(별표 4) 질병 및 재해분류표 ····· 231

(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 232

무배당 입원특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 생존, 질병 또는 재해 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율
   회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 입원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(별표4 "질병 및 재해 분류표" 참조, 이하 "질병 및 재해분류표"라 합니다)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 4 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 입원금여금
   피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때(3일초과 1일당, 120일 한도)
2. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표"참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후 이 특약의 보험료도 납입을 면제하

여 드립니다.

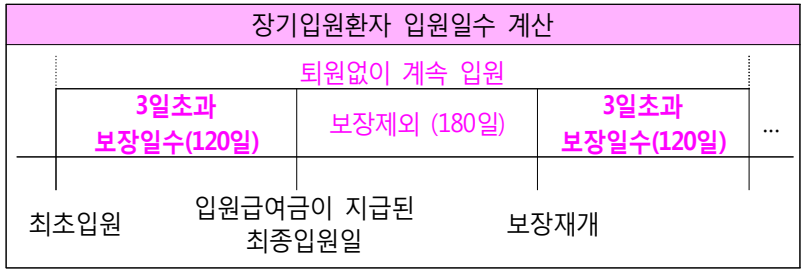
② 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의'사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝난 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제4항에 따라 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑦ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였다면 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제7항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑩ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일

이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으

로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항에서 해당질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

⑳ 제19항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

㉑ 제20항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

㉒ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.

㉓ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

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

② 회사는 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제18항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 제2항에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위내에서 정합니다.

제 12 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제1항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출하여야 합니다.

제 18 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라

계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금 (약관 제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 하여 4일 이상 계속 입원하였을 때 (3일 초과 1일당, 120일 한도)	1만원
만기급여금 (약관 제4조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 계약체결당시 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

2. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표9 (장해분류표)과 동일

(별표 4)

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해
   다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.
   ① 한국표준질병.사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
   ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병 (콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, A형간염)

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해
   다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.
   ① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
   ② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
   ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
   ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
   ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
   ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개 수술 등으로 인한 경우
   ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

(주) 1. ( )안은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위1 및 2의 각호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.
   2. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원 급여금 (제4조 제1호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기 급여금 (제4조 제2호) 및 해지 환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
   2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
   3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 첫날부터입원특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 235
제 1 조【목적】 ····· 235
제 2 조【용어의 정의】 ····· 235

제2관 보험금의 지급 ····· 235
제 3 조【입원의 정의와 장소】 ····· 235
제 4 조【보험금의 지급사유】 ····· 236
제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 236
제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 239
제 7 조【보험금의 청구】 ····· 240
제 8 조【보험금의 지급절차】 ····· 240

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 241
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 241
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 241
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 242
제 12 조【특약내용의 변경】 ····· 242

제4관 보험료의 납입 ····· 242
제 13 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 242
제 14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 242
제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 243
제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 243

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 243
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 243
제 18 조【특약의 해지환급금】 ····· 244

제6관 기타사항 ····· 244
제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 244
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 245
(별표 2) 재해분류표 ····· 245
(별표 3) 장해분류표 ····· 245
(별표 4) 질병 및 재해분류표 ····· 246

(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 246

무배당 첫날부터입원특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 생존, 질병 또는 재해 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약
   이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약
   주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율
   회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 입원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(별표4 "질병 및 재해 분류표" 참조, 이하 "질병 및 재해분류표"라 합니다)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병 또는 재해"라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호 내지 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 4 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 입원금여금
   피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(1일당, 120일 한도)
2. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때(다만, 2종(만기환급형)에 한함)

제 5 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인

장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

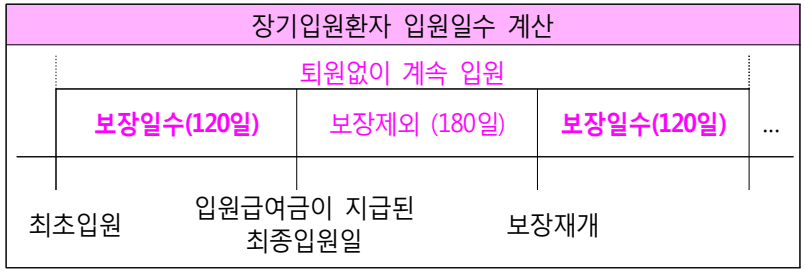
② 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제3항의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

④ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝난 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제3항에 따라 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑦ 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원하였다면 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

⑧ 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제6항 및 제7항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않은 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑲ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 제1항에서 해당질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
⑳ 제19항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라고 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
㉑ 제20항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제14조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
㉒ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.
㉓ 제4조(보험금의 지급사유) 제2호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다. (다만, 2종(만기환급형)에 한함)

제 6 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일 (부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서, 장해진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 병원에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10영업일 이내에 지급합니다.

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

② 회사는 제4조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제18항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 제2항에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 12 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항을 따릅니다.

제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급

하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제1항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출하여야 합니다.

제 18 조【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금 (약관 제4조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 하여 1일 이상 계속 입원하였을 때 (1일당, 120일 한도)	1만원
만기급여금 (약관 제4조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때[다만, 2종(만기환급형)에 한함]	이미 납입한 보험료의 100%

주) 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9 (장해분류표)와 동일

(별표 4)

질병 및 재해분류표

무배당 입원특약 약관
별표4 (질병 및 재해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제2항 및 제18조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원급여금 (제4조 제1호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제4조 제2호) 및 해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 중환자실입원특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 249
제 1 조【목적】 ····· 249
제 2 조【용어의 정의】 ····· 249

제2관 보험금의 지급 ····· 249
제 3 조【"중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)"의 정의】 ····· 249
제 4 조【입원의 정의와 장소】 ····· 249
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 250
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 250
제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 253
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 254
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 254

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 255
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 255
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 256
제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 256
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 256

제4관 보험료의 납입 ····· 256
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 256
제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 257
제 16 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 257
제 17 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 257

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 258
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 258
제 19 조【특약의 해지환급금】 ····· 258

제6관 기타사항 ····· 258
제 20 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 258
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 259
(별표 2) 재해분류표 ····· 260

(별표 3) 장해분류표 ····· 260
(별표 4) 질병 및 재해분류표 ····· 260
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 261

무배당 중환자실입원특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 또는 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【"중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)"의 정의】

이 특약에 있어서 "중환자실(Intensive Care Unit, 집중치료실 또는 집중강화치료실)"이라 함은 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

제 4 조 【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병 및 재해분류표(별표4 "질병 및 재해 분류표" 참조, 이하 "질병 및 재해분류표"라 합니다)에서 정하는 질병 또는 재해(이하 "질병

또는 재해"라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 5 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1"보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 중환자실 입원급여금
   피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 제3조(중환자실의 정의)에서 정하는 중환자실에 입원하였을 때(1일당, 60일 한도)
2. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 6 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험

자가 장해분류표(별표3 "장해분류표"참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표"참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

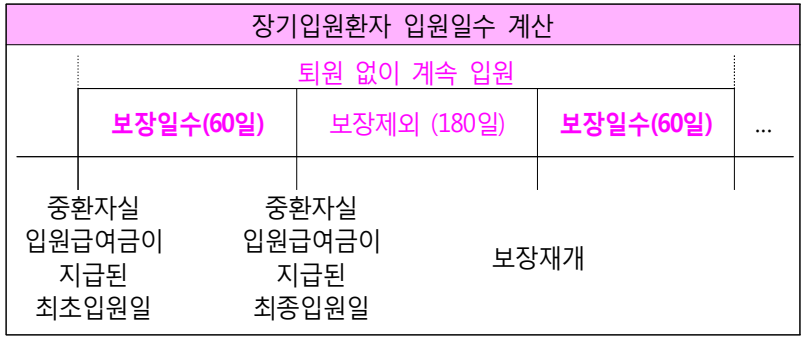
② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 중환자실 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다.

④ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하고 제3항을 적용합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 중환자실 입원급여금이 지급된 최종 입원일부터 180일이 지나도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 중환자실 입원급여금이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑥ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝난 경우에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제3항에 따라 중환자실 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑦ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 병원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를

직접목적으로 입원한 때에는 계속입원한 것으로 봅니다.

⑧ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 계속입원이란 중도퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻하며, 제6항 및 제7항에 해당하는 경우에도 포함합니다.

⑨ 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 중환자실 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑪ 제10항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑬ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑭ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑮ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑰ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑱ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에서 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑲ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
⑳ 제19항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장하여 드립니다.
㉑ 제20항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
㉒ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제20항의 청약일로 하여 적용합니다.
㉓ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
      특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

   나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원치료확인서, 장해진단서)
3. 신분증(주민등록증 이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급

할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제18항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우에도 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사

가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
④ 제 2항에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가할 때에 회사소정의 범위내에서 정합니다.

제 13 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합

니다.

제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 16 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약은 부활(효력회복) 하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 17 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 19 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금 (약관 제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접목적으로 1일이상 계속하여 중환자실에 입원하였을 때(1일당, 60일 한도)	8만원
만기급여금 (약관 제5조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 계약을 체결할 때 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

2. 피보험자가 사망하였을 경우에는 책임준비금을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6(재해분류표) 참조

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9(장해분류표) 참조

(별표 4)

질병 및 재해분류표

무배당 입원특약 약관
별표4 (질병 및 재해분류표)와 동일

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원급여금 (제5조 제1호) 및 책임준비금 (제10조 제5호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제5조 제2호) 및 해지환급금 (제19조제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 어린이암통원특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 264
제 1 조【목적】 ····· 264
제 2 조【용어의 정의】 ····· 264

제2관 보험금의 지급 ····· 264
제 3 조【각종 암의 정의 및 진단확정】 ····· 264
제 4 조【통원의 정의】 ····· 267
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 267
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 267
제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 269
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 270
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 270

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 271
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 271
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 272
제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 272
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 272

제4관 보험료의 납입 ····· 272
제 14 조【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 272
제 15 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 272
제 16 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 273
제 17 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 273

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 273
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 273
제 19 조【특약의 해지환급금】 ····· 274

제6관 기타사항 ····· 274
제 20 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 274
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 275

(별표 2) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) ····· 277
(별표 3) 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외) ····· 277
(별표 4) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 277
(별표 5) 재해분류표 ····· 278
(별표 6) 장해분류표 ····· 279
(별표 7) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 279

무배당 어린이암통원특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【각종 암의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표2 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", 제3항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를

위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 특약에 있어서 "소액암"이라 함은 "갑상선암", "기타피부암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다.

1. "갑상선암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(별표3 "제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다.
4. "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표4 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 "대장점막내암"이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다) 점막의 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양이 기저막(basement membrane)을 침윤하여 통과하였으나 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa) 내에 국한되어 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

<table>
<tr><th colspan="3">대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의</th></tr>
<tr><td rowspan="4">점막
(mucosa)</td><td>상피세포(epithelium)</td><td rowspan="2">제자리암
(intraepithelial carcinoma)</td></tr>
<tr><td>기저막(basement membrane)</td></tr>
<tr><td>고유판(lamina propria)</td><td rowspan="2">점막내암
(intramucosal carcinoma)</td></tr>
<tr><td>점막근판(muscularis mucosa)</td></tr>
<tr><td colspan="2">점막하조직(submucosa)</td><td rowspan="3">점막하침윤암
(submucosal carcinoma)</td></tr>
<tr><td colspan="2">고육근육(muscularis propria)</td></tr>
<tr><td colspan="2">장막(serosa)</td></tr>
</table>

④ "암", "갑상선암", "기타피부암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암", "갑상선암", "기타피부암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

⑤ "대장점막내암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정은 병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "대장점막내암", "제자리암", "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 4 조【통원의 정의】

이 특약에 있어서 "통원"이라 함은 암(갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 제외), 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 병원에서 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 암 및 대장점막내암 직접치료통원급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암 또는 대장점막내암으로 진단확정 되고, 그 암 또는 대장점막내암의 직접치료를 목적으로 하여 통원하였을 때(통원 1회당)
2. 소액암 직접치료통원급여금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정 되고 그 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때(통원 1회당)
3. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표6 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제10조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제2호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호 내지 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑭ 제13항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않

은 경우를 말합니다.
⑮ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑯ 제5조(보험금의 지급사유) 제3호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(통원치료 확인서, 장해진단서)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제의 경우 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제3호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익

자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하는 경우에도 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 제2항에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 11 조 【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 12 조 【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 13 조 【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변

경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조 【특약 보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 15 조 【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 16 조 【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때

에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 17 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 19 조【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표7(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하

여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 및 대장점막내암 직접치료 통원급여금 (약관 제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 암 또는 대장점막내암으로 진단확정 되고, 그 암 또는 대장점막내암의 직접치료를 목적으로 하여 통원하였을 때(통원 1회당)	2만원
소액암 직접치료 통원급여금 (약관 제5조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정 되고 그 치료를 직접목적으로 하여 통원하였을 때(통원 1회당)	2만원
만기급여금 (약관 제5조 제3호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 1. 소액암 : 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양

2. 소액암은 "암"의 정의에서 제외되는 바, 소액암으로 보험금 지급사유 발생시 소액암에 해당하는 급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

3. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 이 특약의 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

4. 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

5. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표2(악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)) 참조

(별표 3)

제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표4(제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 제외)) 참조

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조

(별표 5)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 6)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9 (장해분류표)와 동일

(별표 7)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제9조 제2항 및 제19조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
통원급여금 (제5조 제1호 내지 제2호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제5조 제3호) 및 해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 보험료납입면제특약(부모형) 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 282
제 1 조【목적】 ····· 282
제 2 조【용어의 정의】 ····· 282

제2관 보험금의 지급 ····· 282
제 3 조【3대질병의 정의 및 진단확정】 ····· 282
제 4 조【보험료 납입면제 사유】 ····· 285
제 5 조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】 ····· 285
제 6 조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】 ····· 287
제 7 조【보험료 납입면제의 청구】 ····· 287
제 8 조【보험료의 납입면제절차】 ····· 288

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 289
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 289
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 289
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 289
제 12 조【특약내용의 변경】 ····· 290

제4관 보험료의 납입 ····· 290
제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 290
제 14 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 290
제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ····· 291
제 16 조 【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 291

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 291
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 291
제 18 조【특약의 해지환급금】 ····· 292

제6관 기타사항 ····· 292
제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 292
(별표 1) 장해분류표 ····· 293
(별표 2) 재해분류표 ····· 293
(별표 3) 악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) ····· 293

(별표 4) 뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표 ····· 294
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 294

무배당 보험료납입면제특약(부모형) 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다)사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【3대질병의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "3대질병"이라 함은 "암","뇌출혈"및 "급성심근경색증"을 말합니다.

② 이 특약에서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표3 "악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)" 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병", 제5항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

유 의 사 항
한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77 ~ C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

③ 이 특약에서 "갑상선암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 이 특약에서 "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
⑤ 이 특약에서 "대장점막내암"이라 함은 제6차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 대장의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 "대장"이라 합니다) 점막의 상피세포(epithelium)에서 발생한 악성종양이 기저막(basement membrane)을 침윤하여 통과하였으나 점막고유판(lamina propria) 또는 점막근판(muscularis mucosa) 내에 국한되어 점막하조직(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.

대장의 조직학적 구조와 점막내암의 정의		
점막 (mucosa)	상피세포(epithelium)	제자리암 (intraepithelial carcinoma)
	기저막(basement membrane)	
	고유판(lamina propria)	점막내암 (intramucosal carcinoma)
	점막근판(muscularis mucosa)	
점막하조직(submucosa)		점막하침윤암 (submucosal carcinoma)
고육근육(muscularis propria)		
장막(serosa)		

⑥ "암"의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
⑦ 이 특약에서 "뇌출혈"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병(별표4 "뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표" 참조)을 말합니다.
⑧ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의

의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력.신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자기방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호 내지 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

⑨ 이 특약에서 "급성심근경색증"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(별표4 "뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표" 참조)을 말합니다.
⑩ 급성심근경색증의 진단확정은 병원의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제 4 조【보험료 납입면제 사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 주피보험자가 살아있고 종피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 주계약 및 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 1종(일반형) : 보험기간 중 종피보험자가 보장개시일 이후에 사망하거나 장해분류표(별표1 "장해분류표"참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표 2 "재해분류표"참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우
2. 2종(3대질병형) : 보험기간 중 종피보험자가 보장개시일 이후에 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 경우 또는"3대질병"으로 진단확정 되었을 경우
   다만, 종피보험자가 암보장개시일 이전에 "암"으로 진단확정된 경우에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제 5 조【보험료 납입면제에 관한 세부규정】

① 제4조(보험료 납입면제 사유) 및 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 제4조(보험료 납입면제 사유)의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 제4조(보험료 납입면제 사유)에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑤ 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부분 또는 동일한 신체부분에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑥ 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑦ 제4조(보험료 납입면제 사유)에서 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 신체부분에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑩ 계약자와 회사가 제4조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑪ 청약서상 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제4조(보험료 납입면제 사유)의 보험료 납입면제 사유 중 해당 질병으로 인한 보험료 납입면제는 제외합니다.

⑫ 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑬ 제12항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제14조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑭ 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제

12항의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.
⑮ 제4조(보험료 납입면제 사유) 제2호의 경우 계약자는 종피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 이전에 암으로 진단확정 받은 경우에는 진단확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
⑯ 종피보험자가 보험계약일부터 암보장개시일 이전에 암이 발생하였으나 제15항에서 계약자가 특약의 취소를 선택하지 않은 때에는 보험계약일부터 암보장개시일 이전에 진단확정된 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제4조(보험료 납입면제 사유) 제2호의 보험료 납입면제 사유가 발생하더라도 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다. 다만, 청약일부터 암보장개시일 이전에 암으로 진단확정 받더라도 암보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 암으로 추가진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 암보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 제4조(보험료 납입면제 사유) 제2호에 따라 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

제 6 조【보험료 납입을 면제하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 종피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
   가. 종피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 제4조(보험료 납입면제 사유)에 따라 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
   나. 종피보험자가 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 7 조【보험료 납입면제의 청구】

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 장해진단서, 암, 뇌출혈 및 급성심근경색증 진단서)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 계약자가 보험료 납입면제에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조【보험료의 납입면제절차】

① 회사는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제 사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사가 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 기일 이내에 보험료 납입을 면제하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 보험료 납입면제 예정일에 대하여 계약자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 보험료 납입면제 예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험료 납입면제의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험료 납입면제 사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험료 납입면제에 관한 세부규정) 제10항에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지, 기타사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 주계약이 납입면제 된 경우 또는 종피보험자가 자격을 상실하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 주피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는"보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

① 이 특약의 피보험자는 주피보험자와 종피보험자로 구성됩니다. 이 경우 주피보험자와 종피보험자는 다음에 정한 자로 합니다.(이하 "주피보험자"와 "종피보험자"를 합하여 "피보험자"라 합니다)

1. 주피보험자 : 이 특약 체결시 주계약의 피보험자로 보험증권상에 주피보험자로 등록된 자
2. 종피보험자 :'가' 또는 '나'의 자격을 갖춘 자로 보험증권상에 종피보험자로 등록된 자
   가. 주피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 부모 또는 직계존속
   나. '가'이외에 주피보험자와 민법 제777조(친족의 범위) 제1호(8촌이내의 혈족) 또는 제2호(4촌이내의 인척)의 친족관계에 있는 자로 주피보험자를 실질적으로 부양하는 자 중 회사가 승낙하는 자

② 이 특약의 체결 후 제1항 제2호에서 정한 종피보험자가 자격을 상실한 경우에는 계약자는 지체없이 이를 회사에 알려야 하며, 이 계약은 종피보험자가 자격을 상실한 당시의 책임준비금을 지급하고 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 보험금 지급사유 발생으로 종피보험자의 자격상실은 제외합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 주계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제 12 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

③ 제2항에도 불구하고 제3조(3대질병의 정의 및 진단확정) 제2항에 정한 "암"의 경우에는 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 "암보장개시일"이라 합니다)

보장개시일, 암보장개시일
보장개시일과 암보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 2015년 1월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 2015년 1월 1일 ☞ 보장개시일 예] 2015년 1월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 2015년 1월 1일 + 90일 2015년 4월 1일 ☞ 암보장개시일

제 14 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니

다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 사고에 대하여 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항을 따릅니다.

제 16 조 【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 18 조【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9(장해분류표) 참조

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6(재해분류표) 참조

(별표 3)

악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표2(악성신생물(암) 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외))
참조

(별표 4)

뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(2종(100세보장형)) 보통보험약관
별표6(뇌출혈 및 급성심근경색증 분류표) 참조

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제18조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 우리아이(EYE,눈)치료특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 297
제 1 조【목적】 ····· 297
제 2 조【용어의 정의】 ····· 297

제2관 보험금의 지급 ····· 297
제 3 조【각막이식수술의 정의】 ····· 297
제 4 조【사시의 정의】 ····· 297
제 5 조【「근시치료필요」의 정의】 ····· 297
제 6 조【수술의 정의와 장소】 ····· 298
제 7 조【보험금의 지급사유】 ····· 299
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 299
제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 301
제 10 조【보험금의 청구】 ····· 302
제 11 조【보험금의 지급절차】 ····· 302

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 303
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 303
제 13 조【피보험자의 범위】 ····· 304
제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 304
제 15 조【특약내용의 변경】 ····· 304

제4관 보험료의 납입 ····· 304
제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 304
제 17 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 304
제 18 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ····· 305
제 19 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ····· 305

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 305
제 20 조【계약자의 임의해지】 ····· 305
제 21 조【특약의 해지환급금】 ····· 306

제6관 기타사항 ····· 306
제 22 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 306
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 307

(별표 2) 사시 분류표 ····· 308
(별표 3) 장해분류표 ····· 309
(별표 4) 재해분류표 ····· 309
(별표 5) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 310

무배당 우리아이(eye,눈)치료특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【각막이식수술의 정의】

이 특약에서 "각막이식수술"이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제 4 조【사시의 정의】

이 특약에서 "사시"라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 중 사시로 분류되는 질병(별표2 "사시 분류표" 참조)을 말합니다.

제 5 조【「근시치료필요」의 정의】

이 특약에서 「근시치료필요」라 함은 안과의사의 조절마비 굴절검사(Cycloplegic

Refraction)를 통해 한쪽 눈 이상의 굴절도가 –2디옵터(Diopter) 이상의 근시로 판정되었을 경우를 말합니다. 다만, "난시"는 제외 합니다.

디옵터(Diopter)
렌즈의 굴절력을 표시하는 단위로 초점거리의 역수로 표시합니다.

제 6 조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)에서 의사의 관리하에 그 치료를 직접목적으로 하는 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액.조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원: 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원

나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원
마. 종합병원
③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 7 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 각막이식수술급여금
   피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 장기수혜자로서 "각막이식수술"을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)
2. 사시치료수술급여금[1종(태아형)에 한함]
   피보험자가 보험기간 중 "사시치료수술"을 받았을 때(수술 1회당)
3. 근시치료급여금
   피보험자가 보험기간 중 6세 계약해당일 이후「근시치료필요」로 판정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)
4. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표4 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일

이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 계약자는 피보험자가 6세 보험계약해당일 이전에「근시치료필요」로 판정 받은 경우에는 판정확정일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 계약을

취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
⑬ 보험계약일로부터 6세 보험계약해당일 이전에 「근시치료필요」 판정을 받았으나 제12항에 의하여 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 제7조(보험금의 지급사유) 제3호의 보험금 지급사유가 발생한 경우라도 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 청약일부터 「근시치료」보장개시일 이전에 「근시치료필요」로 판정 받더라도 6세 보험계약해당일 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 제3호에 따라 보장합니다.
⑭ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
⑯ 제15항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제17조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑰ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제15항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

책임준비금
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 각종진단서, 수술확인서, 안과시력검사확인증 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

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

② 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제4호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일이내

에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 서면으로 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어진 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제13조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망한 경우에도 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 제2항에서 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 13 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 15 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제21조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 17 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약

대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 18 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항을 따릅니다.

제 19 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약을 할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 21 조【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표5(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 22 조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않는 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

가. 1종(태아형)

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지급금액
각막이식수술 급여금 (약관 제7조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 장기수혜자로서 "각막이식수술"을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	500만원
사시치료수술 급여금 (약관 제7조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 "사시"의 치료를 직접목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	30만원
근시치료급여금 (약관 제7조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 6세 계약해당일 이후 "근시치료필요"로 판정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	20만원
만기급여금 (약관 제7조 제4호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	20만원

※ 근시치료필요 : 안과의사의 조절마비 굴절검사(Cycloplegic Refraction)를 통해 한쪽 눈 이상의 굴절도가 –2디옵터(Diopter) 이상의 근시로 판정 되었을 경우를 말합니다. 다만, "난시"는 제외합니다.

나. 2종(0~3세형)

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지급금액
각막이식수술 급여금 (약관 제7조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 장기수혜자로서 "각막이식수술"을 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	500만원
근시치료급여금 (약관 제7조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 6세 계약해당일 이후 "근시치료필요"로 판정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	20만원
만기급여금 (약관 제7조 제4호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	20만원

(별표 2)

사시 분류표

약관 제4조에서 정하는 사시로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 다만, 제7차 개정후 한국표준질병사인분류에서 다음 질병 이외에 추가로 다음 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
o 마비성 사시(Paralytic strabismus)	H49
o 기타 사시(Other strabismus)	H50

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표9(장해분류표) 참조

(별표 4)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6(재해분류표) 참조

(별표 5)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
각막이식수술급여금, 사시치료수술급여금, 근시치료급여금 및 책임준비금 (제7조 제1호 내지 제3호, 제12조 제5항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제7조 제4호) 및 해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 우리아이응급실내원특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 313
제 1 조【목적】 ····· 313
제 2 조【용어의 정의】 ····· 313

제2관 보험금의 지급 ····· 313
제 3 조【"응급실"의 정의와 장소】 ····· 313
제 4 조【"응급실 내원 진료비 대상자"의 정의】 ····· 314
제 5 조【보험금의 지급사유】 ····· 314
제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 315
제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 317
제 8 조【보험금의 청구】 ····· 317
제 9 조【보험금의 지급절차】 ····· 318

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 319
제 10 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 319
제 11 조【피보험자의 범위】 ····· 319
제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 319
제 13 조【특약내용의 변경】 ····· 319

제4관 보험료의 납입 ····· 320
제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 320
제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 320
제 16 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 320
제 17 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 320

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 321
제 18 조【계약자의 임의해지】 ····· 321
제 19 조【특약의 해지환급금】 ····· 321

제6관 기타사항 ····· 321
제 20 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 321
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 322
(별표 2) 재해분류표 ····· 323
(별표 3) 장해 분류표 ····· 323

(별표 4) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) ····· 324
(별표 5) 질병 및 재해 분류표 ····· 325
(별표 6) 보험금 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 325

무배당 우리아이응급실내원특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 및 재해 등에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【"응급실"의 정의와 장소】

① 이 특약에 "응급실"이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.(이하 "응급실"이라 합니다)

응급의료에 관한 법률 제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)
이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료 시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.
의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 4 조 【"응급실 내원 진료비 대상자"의 정의】

① 이 특약에서 "응급실 내원 진료비 대상자"라 함은 "응급환자" 또는 "응급환자"에 해당되지 않으나 질병 및 재해분류표(별표5 참조)에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.

② 제1항에서 정한 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(별표4 참조)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

제 5 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가

발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 응급실내원진료비 : 피보험자가 보험기간 중「응급실 내원 진료비 대상자」에 해당되었을 때(내원 1회당)
2. 만기급여금 : 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 6 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제10조(특약의 체결 및 소멸)의 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간

이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해 정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률 결정합니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제5조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 해당 질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제5조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장하여 드립니다.

⑭ 제13항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑮ 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑯ 제5조(보험금의 지급사유) 제2호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이

면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 지급합니다.

제 7 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 8 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[장해진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 응급실기록지 사본(응급실기록지 사본의 경우 국민건강보험법 또는 의료급여법이 적용되지 않은 경우에 한하여 제출) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

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

② 회사는 제5조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려 드리며, 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6 (보험금 지급할 때의 적립이율)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 10 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제11조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

제 11 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위 내에서 정합니다.

제 13 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 14 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다.

제 15 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 16 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제14조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시)를 따릅니다.

제 17 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을

때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 18 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 보험기간 중 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 19 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대해 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 20 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
응급실내원 진료비 (제5조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 「응급실 내원 진료비 대상자」에 해당되었을 때(내원 1회당)	2만원
만기급여금 (제5조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료 전액

주) 1. 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 매월 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

3. "응급실 내원 진료비 대상자"라 함은 "응급환자"또는 "응급환자"에 해당되지 않으나 질병 및 재해분류표(별표5 참조)에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 응급실에 내원하여 진료를 받은 자를 말합니다.

4. "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)(별표4 참조)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다.

5. 피보험자가 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6 (재해분류표)과 동일

(별표 3)

장해 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표14 (장해분류표)과 동일

(별표 4)

응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자가 판단하는 증상

※응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
   가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부손상
   나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신 마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
   마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 소실
   사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
   자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
   나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
   다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   라. 출혈 : 혈관 손상
   마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다
   바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

(별표 5)

질병 및 재해 분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(2종(100세보장형)) 보통보험약관
별표7 (질병 및 재해분류표)과 동일

(별표 6)

보험금 지급할 때의 적립이율 계산
(제19조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
응급실내원진료비 (제5조 제1호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제5조 제2호) 및 해지환급금 (제19조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 중대한어린이CI특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 328
제 1 조【목적】 ····· 328
제 2 조【용어의 정의】 ····· 328

제2관 보험금의 지급 ····· 328
제 3 조【"개흉심장수술"의 정의】 ····· 328
제 4 조【"중증 세균성 수막염"의 정의 및 진단확정】 ····· 328
제 5 조【"중증 재생불량성 빈혈"의 정의 및 진단확정】 ····· 329
제 6 조【"중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 정의 및 진단확정】 ····· 329
제 7 조【보험금의 지급사유】 ····· 330
제 8 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 330
제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 332
제 10 조【보험금의 청구】 ····· 332
제 11 조【보험금의 지급절차】 ····· 333

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 334
제 12 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 334
제 13 조【피보험자의 범위】 ····· 334
제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 334
제 15 조【특약내용의 변경】 ····· 334

제4관 보험료의 납입 ····· 335
제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 335
제 17 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 335
제 18 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 335
제 19 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 336

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 336
제 20 조【계약자의 임의해지】 ····· 336
제 21 조【특약의 해지환급금】 ····· 336

제6관 기타사항 ····· 337
제 22 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 337

(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 338
(별표 2) "개흉심장수술"의 정의 ····· 339
(별표 3) "중증 세균성 수막염"의 정의 ····· 339
(별표 4) "중증 재생불량성 빈혈"의 정의 ····· 341
(별표 5) "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 정의 ····· 341
(별표 6) 재해분류표 ····· 342
(별표 7) 장해분류표 ····· 342
(별표 8) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 343

무배당 중대한어린이 CI특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조 【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조 【"개흉심장수술"의 정의】

이 특약에서 "개흉심장수술"이라 함은 별표2("개흉심장수술"의 정의)에서 정한 "개흉심장수술"을 말합니다.

제 4 조 【"중증 세균성 수막염"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "중증 세균성 수막염"이라 함은 별표3("중증 세균성 수막염"의 정의)에서 정한 "중증 세균성 수막염"을 말합니다.

② "중증 세균성 수막염"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 의료기관(이하 "병원" 이라 합니다) 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여

내려져야 합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 5 조 【"중증 재생불량성 빈혈"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "중증 재생불량성 빈혈"이라 함은 별표4("중증 재생불량성 빈혈"의 정의)에서 정한 "중증 재생불량성 빈혈"을 말합니다.

② "중증 재생불량성 빈혈"의 진단확정은 병원의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 6 조 【"중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에서 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"이라 함은 별표5("중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 정의)에서 정한 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"을 말합니다.

② "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 진단확정은 병원의 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제 7 조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. CI치료자금
   피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 "개흉심장수술"을 받거나 "중증 세균성 수막염", "중증 재생불량성 빈혈" 또는 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"으로 진단확정 받았을 때(다만, 각 최초 1회에 한함)
2. 만기급여금
   피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때

제 8 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표7 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표6 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제12조(특약의 체결 및 소멸) 제2항 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 의하여 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단 확정일부터 2년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 「동일한 재해」의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가

통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.
⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.
⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금 중 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않으며, 제1항에서 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 제7조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 보장하여 드립니다.
⑭ 제13항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제17조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑮ 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한

특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑯ 보험계약일부터 1년이 지나기 전에 개흉심장수술, 중증 세균성 수막염, 중증 재생불량성 빈혈로 진단확정시 제7조(보험금의 지급사유)에서 정한 CI치료자금의 50%만 지급합니다.
⑰ 제7조(보험금의 지급사유) 제2호의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 9 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 10 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 사고증명서[사망진단서, 장해진단서, 진단서(병명기입), 수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 11 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제10조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제7조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표8(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제10조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제8조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 12 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지 및 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우, 제13조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망한 경우 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 13 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 14 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때에 회사소정의 범위내에서 정합니다.

제 15 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금

이 있을 때에는 제21조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 16 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

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

제 17 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 때에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제21조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 18 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제16조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 19 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 20 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제21조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 '태아가 출생하기 전'임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 21 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표8(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 22 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
CI치료자금 (약관 제7조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 "개흉심장수술"을 받거나 "중증 세균성 수막염", "중증 재생불량성 빈혈"로 진단확정 받았을 때(각 최초 1회한)	1년미만	500만원
		1년이후	1,000만원
	피보험자가 보험기간 중 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"으로 진단확정 받았을 때(최초 1회한)	1,000만원	
만기급여금 (약관 제7조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때	이미 납입한 보험료의 100%	

주) 1. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 계약체결당시 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

2. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

(별표 2)

"개흉심장수술"의 정의

"개흉심장수술"이라 함은 심장병의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술[예)풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

(별표 3)

"중증 세균성 수막염"의 정의

(1) "중증 세균성 수막염"이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서, 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1) 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균수막염), G01(달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로

i) 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액 소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백증가가 있고

ii) 동시에 아래와 같은 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 "불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍"을 보여야 합니다. 이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 하여 내려져야 합니다.

(2) 상기에서 "뇌영상 검사상의 이상 소견"이라 함은 뇌자기공명(MRI), 전산화단층촬영(CT)등에서 경막하삼출(Subdural effusion) 수두증(Hydrocephalus) 뇌종양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종 (Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적 허혈(Focal infartion), 작은종괴(Mass), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은

"중증 세균성 수막염"의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

(3) 상기에서 "중대하고 불가역적인 영구한 신경학적 결핍"이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장해분류표상 신경계, 정신행동장해의 해당 지급률 25% 이상인 장해상태를 말합니다.

(별표 4)

"중증 재생불량성 빈혈"의 정의

(1) "중증 재생불량성 빈혈"이라 함은 "비가역적인 재생불량성 빈혈"로서, 골수부전의 치료를 위해 지속적으로 수혈, 골수조혈촉진인자, 면역억제제 중 1항목 이상의 치료를 3개월 이상 계속 받아왔거나, 골수이식수술 또는 조혈모세포이식수술을 필요로 하다고 인정된 질병상태를 말합니다. 다만, 일시적이거나 가역적인 재생불량성 빈혈은 제외합니다.

(2) "(1)"의 "비가역적인 재생불량성 빈혈"이라 함은 골수천자검사상 세포충실도가 25% 미만인 경우(또는 세포충실도가 25% ~ 50%인 경우라도 조혈기능을 하는 세포가 30% 미만인 경우)인 동시에 말초혈액 검사상 다음 3항목 중 2항목 이상을 충족해야 하며, 각 검사결과의 판독은 혈액학 또는 병리학 분야의 전문의사에 의해 시행되어야 합니다.
① 절대호중구수 : 500/μL 미만
② 혈소판 : 20,000/μL 미만
③ 교정망상적혈구수 : 1% 미만

(3) "중증 재생불량성 빈혈"의 진단확정은 혈액학 분야의 전문 의사가 작성한 문서화된 진료기록 및 골수조직검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

(별표 5)

"중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)"의 정의

"중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)" 이라 함은 전신피부의 20%이상이 3도 화상 및 부식을 입은 경우를 말합니다. 화상 및 부식을 입은 체표면적은 "The Rule of 9" 또는 "Lund & Browder Body Surface Chart"에 의해 측정되어진 것을 말합니다. 다만, 이 측정법처럼 표준화된 방법이고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

(별표 6)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표6 (재해분류표)과 동일

(별표 7)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표14 (장해분류표)과 동일

(별표 8)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제11조 제2항 및 제21조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
CI치료자금 (제7조 제1호) 및 책임준비금 (제12조 4항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제7조 제2호) 및 해지환급금 (제21조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기급여금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 실손의료비특약(갱신형) 약관 [가입자에 한함]

제1관 일반사항 ····· 346
제 1 조【담보종목】 ····· 346
제 2 조【용어의 정의】 ····· 346

제2관 회사가 보상하는 사항 ····· 346
제 3 조【담보종목별 보상내용】 ····· 346

제3관 회사가 보상하지 않는 사항 ····· 359
제 4 조【보상하지 않는 사항】 ····· 359

제4관 보험금의 지급 ····· 367
제 5 조【보험금 지급사유의 통지】 ····· 367
제 6 조【보험금의 청구】 ····· 367
제 7 조【보험금의 지급절차】 ····· 368
제 8 조【주소변경통지】 ····· 369

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 369
제 9 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 369
제 10 조【상해보험계약 후 알릴 의무 등】 ····· 370
제 11 조【알릴 의무 위반의 효과】 ····· 370
제 12 조【사기에 의한 계약】 ····· 372

제6관 특약의 성립과 유지 ····· 372
제 13 조【특약의 성립】 ····· 372
제 14 조【피보험자의 범위】 ····· 373
제 15 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 373
제 16 조【약관교부 및 설명의무 등】 ····· 373
제 17 조【특약의 무효】 ····· 374
제 18 조【특약내용의 변경 등】 ····· 375
제 19 조【특약의 갱신 및 재가입】 ····· 375

제7관 보험료의 납입 ····· 376
제 20 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 376

제 21 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】 377
제 22 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 377
제 23 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 377

제8관 계약의 해지 및 해지환급금 등 378
제 24 조【계약자의 임의해지】 378
제 25 조【중대사유로 인한 해지】 378
제 26 조【회사의 파산선고와 해지】 378
제 27 조【해지환급금】 378

제9관 다수보험의 처리 등 379
제 28 조【다수보험의 처리】 379
제 29 조【연대책임】 379

제10관 분쟁의 조정 등 380
제 30 조【분쟁의 조정】 380
제 31 조【주계약 약관 규정의 준용】 380
(별표 1) 용어의 정의 381
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 385

무배당 실손의료비특약(갱신형) 약관 [가입자에 한함]

실손 의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다

제 1 관 일반사항

제 1 조【담보종목】

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 질병입원형, 질병통원형, 상해입원형, 상해통원형의 총 4개 이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 계약의 명칭에 '실손 의료비' 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용하는 용어의 정의는 (별표 1, 용어의 정의)와 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 3 조【담보종목별 보상내용】

회사가 이 특약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하는 사항
(1) 질병 입원	① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원 제비용, 입원 수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액, 이하 "보상대상의료비") 중 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료, 입원 제비용, 입원 수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(보상대상의료비) 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료 차액	입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

담보 종목	보상하는 사항
(1) 질병 입원	② 제1항의 질병에서 청약서상'계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여 의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 최고한도로 합니다. ④ 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나. 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우는 새로운 질병으로 보아 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

		보상대상 기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)	
(2014.1.1) 계약일 또는 갱신일	(2014.3.1) 최초 입원일	(2015.2.28) 2015.3.1 부터 보상 제외	(2015.5.29) 2015.5.30. 부터 보상 재시작	(2016.5.29) 2016.5.30 부터 보상 제외	

담보 종목	보상하는 사항
(1) 질병 입원	⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다. ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 계약의 종료일로부터 180일까지(계약의 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
질병
입원</td><td>⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑧ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 하나의 질병으로 간주합니다.
⑨ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑪ 이 약관 제22조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
질병
통원</td><td>① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보 상 금 액</th></tr>
<tr><td>외 래</td><td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'주)의 합계액(보상대상의료비)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'주)의 합계액(보상대상의료비)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
질병
통원</td><td>주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>보 상 금 액</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">표
준
형</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원과
보상대상의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만 5천원과
보상대상의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원과
보상대상의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과
보상대상의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항

(2) 질병 통원

구 분		보 상 금 액	공제금액
선택형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

담보 종목	보상하는 사항

(2) 질병 통원

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상합니다. 다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 특약의 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

	보상대상 기간(1년)	보상대상 기간(1년)	보상대상 기간(1년)	추가보상 (180일)	
↑ (2014.1.1) 계약(갱신) 일	↑ (2015.1.1) 계약(갱신) 해당일	↑ (2016.1.1) 계약(갱신) 해당일	↑ (2016.12.31) 계약(갱신) 종료일	↑ (2017.6.29) 보상종료	

⑤ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방조제로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑦ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

담보 종목	보상하는 사항
(2) 질병 통원	⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑨ 이 약관 제22조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
(3) 상해 입원	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상합니다.

구 분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원 제비용, 입원 수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(보상대상의료비) 중 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
선택형	입원실료, 입원 제비용, 입원 수술비	'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여주)(입원시 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 제외)'의 합계액(보상대상의료비) 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급 병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

담보 종목	보상하는 사항
(3) 상해 입원	주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함) ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 않습니다. ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여 의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보상합니다. 다만, 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 최고한도로 합니다. ④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 하나의 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지났거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우는 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다. <보상기간 예시>

		보상대상 기간 (365일)	보상제외 (90일)	보상대상기간 (365일)	
(2014.1.1) 계약일 또는 갱신일	(2014.3.1) 최초 입원일	(2015.2.28) 2015.3.1 부터 보상 제외	(2015.5.29) 2015.5.30. 부터 보상 재시작	(2016.5.29) 2016.5.30 부터 보상 제외	

⑤ 제1항의 경우 특약이 갱신되어 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.

담보 종목	보상하는 사항
(3) 상해 입원	⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 계약의 종료일로부터 180일까지(특약의 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전 계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다. ⑦ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
(4) 상해 통원	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 금 액
외 래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'주)의 합계액(보상대상의료비)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방 조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'주)의 합계액(보상대상의료비)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함)

담보 종목	보상하는 사항
(4) 상해 통원	<표1 항목별 공제금액>

구 분		보 상 금 액	공제금액
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액

담보 종목	보상하는 사항

(4) 상해 통원

구 분		보 상 금 액	공제금액
선택형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방 조제비	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

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

담보 종목	보상하는 사항

(2) 질병 통원

③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여 의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 보상합니다. 다만, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 계약의 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

	보상대상 기간(1년)	보상대상 기간(1년)	보상대상 기간(1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑	
(2014.1.1) 계약(갱신) 일	(2015.1.1) 계약(갱신) 해당일	(2016.1.1) 계약(갱신) 해당일	(2016.12.31) 계약(갱신) 종료일	(2017.6.29) 보상종료	

⑤ 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조【보상하지 않는 사항】

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질병 입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다. ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 다만, 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 아래의 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62) ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질병 입원	2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

담보 종목	보상하지 않는 사항
	9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(2) 질병 통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다. ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 다만, 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 아래의 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병 통원	6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62) ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병 통원	8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 12. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(3) 상해 입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 상해 입원	② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다),성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)관에서 발생한 의료비

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 상해 입원	7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료비
(4) 상해 통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하지 않습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 상해 통원	② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 상해 통원	7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 10. 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

제 4 관 보험금의 지급

제 5 조【보험금 지급사유의 통지】

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(담보종목별 보장내용)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 6 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기), 진료비 세부내역서, 진단서, 진료비영수증, 입원치료확인서, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함))등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다

제 7 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

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

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 보험금 지급사유 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및

제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(담보종목별 보장내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 8 조【주소변경통지】

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 9 조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상"고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

계약 전 알릴 의무
상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 10 조【상해보험계약 후 알릴 의무 등】

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경(계약체결 당시의 직업 또는 직무의 변경없이 새로운 직업 또는 직무에 종사하게 된 경우와 자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 특약을 해지할 수 있습니다.
③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업, 직무의 변경 전에 적용된 보험료율(이하"변경전 요율"이라 합니다)의 직업, 직무의 변경 후에 적용해야 할 보험료율(이하"변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 관해서는 원래대로 지급합니다.
④ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 직업, 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제3항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 11 조【알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경

우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제10조(상해보험계약 후 알릴의무 등) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제27조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를“반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특

약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다.[부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

계약 전 알릴 의무 사례
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 12 조【사기에 의한 계약】

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

제 6 관 특약의 성립과 유지

제 13 조【특약의 성립】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우 또는 주계약의 피보험자가 사망하여 효력을 가지지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약의 효력은 유효합니다.

③ 제2항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

④ 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

⑤ 제14조(피보험자의 범위) 제3항에 따라 피보험자의 자격이 상실된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 14 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 15 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간은 1년만기 갱신으로 합니다.

② 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

③ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

④ 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제 16 조【약관교부 및 설명의무 등】

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 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.

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

② 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 드리지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

④ 제2항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 17 조【특약의 무효】

특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보며 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 18 조【특약내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 이 특약은 보험가입금액의 감액이 적용되지 않습니다.

② 주계약을 감액완납보험으로 변경하는 경우 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 않고, 보험료 납입주기만을 일시납으로 변경하여 드립니다. 이 경우 계약자는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산한 금액을 납입하여야 합니다.

③ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 19 조【특약의 갱신 및 재가입】

① 계약자가 이 특약을 갱신하고자하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만,「약관 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지」에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
2. 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.
3. 제1항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제2호에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
4. 갱신계약의 보장개시일은 갱신일로 하며, 부활(효력회복)계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
5. 갱신계약의 약관은 최초 계약시의 약관을 계속하여 적용합니다. 또한 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(상해입원형, 상해통원형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하며, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
6. 제5호에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

② 계약자가 재가입하고자 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있습니다.
   가. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
   나. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
2. 이 특약의 자동갱신종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료비특약 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다. 다만, 재가입 계약이 직전계약보다 보장내용 및 범위 등이 확대된 경우 확대된 내용에 대해 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있으며, 승낙거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건의 보험 계약으로 재가입이 가능합니다.
3. 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려 드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 재가입하지 않는 것으로 보지 않습니다.
4. 회사가 제3호에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제3호에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

제 7 관 보험료의 납입

제 20 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개

시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

보장개시일
회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

제 21 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 때에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 22 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제2항을 따릅니다.

제 23 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 24 조【계약자의 임의해지】

계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 25 조【중대사유로 인한 해지】

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 특약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에게 보험금을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 특약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제 26 조【회사의 파산선고와 해지】

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 특약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 특약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제27조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 27 조【해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 28 조【다수보험의 처리】

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산예시]

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제 29 조【연대책임】

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 30 조【분쟁의 조정】

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

제 31 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
주계약	주된 보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
최초계약	주계약 체결시 최초로 부가할 경우
갱신계약	계약의 보험기간 만료 후 제19조(특약의 갱신 및 재가입)에 의하여 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음날
회사	보험회사
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
표준이율	회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고

용 어	정 의
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
병원	국민건강보험법 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함

용 어	정 의
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제41조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

용 어	정 의
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병.부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰.검사 2. 약제.치료재료의 지급 3. 처치.수술 기타의 치료 4. 예방.재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해・질병・간병보험 등 제3보험, 개인연금・퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자이 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액
보상책임액	보상대상의료비 × 회사부담비율

(별표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제4항 및 제27조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
입원의료비, 통원의료비 (제3조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제27조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 우리아이치아보장특약(갱신형) 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 388
제 1 조【목적】 ····· 388
제 2 조【용어의 정의】 ····· 388

제2관 보험금의 지급 ····· 388
제 3 조【치아의 정의】 ····· 388
제 4 조【치아치료의 정의】 ····· 388
제 5 조【충전치료의 정의】 ····· 389
제 6 조【크라운치료의 정의】 ····· 390
제 7 조【발거치료의 정의】 ····· 390
제 8 조【치수치료의 정의】 ····· 390
제 9 조【보험금의 지급사유】 ····· 390
제 10 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 391
제 11 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 394
제 12 조【보험금의 청구】 ····· 395
제 13 조【보험금의 지급절차】 ····· 395

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 396
제 14 조【계약 전 알릴 의무】 ····· 396
제 15 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】 ····· 397

제4관 특약의 성립과 유지 ····· 398
제 16 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 398
제 17 조【피보험자의 범위】 ····· 398
제 18 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 398
제 19 조【특약의 갱신】 ····· 399
제 20 조【특약내용의 변경】 ····· 399

제5관 보험료의 납입 ····· 400
제 21 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 400
제 22 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 400
제 23 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 401
제 24 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 401

제6관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 401
제 25 조【계약자의 임의해지】····· 401
제 26 조【특약의 해지환급금】····· 402

제7관 기타사항 ····· 402
제 27 조【주계약 약관 규정의 준용】····· 402
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 403
(별표 2) 재해분류표 ····· 406
(별표 3) 장해분류표 ····· 406
(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 407

무배당 우리아이치아보장특약(갱신형) 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매 가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 보험계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 계약 체결 시점의 표준이율을 말합니다.
4. 최초계약 : 특약 체결시 최초로 부가하는 보험계약을 말합니다.
5. 갱신계약 : 최초계약의 보험기간 만료 후 갱신되는 보험계약을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【치아의 정의】

이 특약에서 "치아"란 영구치가 나기 전 유아기에 사용한 뒤 갈게 되어 있는 치아인 유치(젖니)와 유치(젖니)가 빠진 후 나는 자연치아인 영구치를 말합니다.

제 4 조【치아치료의 정의】

이 특약에서 "치아치료"란 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "병원"이라 합니다)의 치과의사 자격증을 가진 자(이하 "치과의사"라 합니다)에 의

한 제5조(충전치료의 정의), 제6조(크라운치료의 정의), 제7조(발거치료의 정의) 및 제8조(치수치료의 정의)에서 정한 치료를 말합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 5 조【충전치료의 정의】

① 이 특약에서 "충전치료"란 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접충전과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접충전(인레이, 온레이 등)이 있습니다.

② 제1항의 충전치료 중 "아말감충전치료"란 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체인 아말감을 재료로 치아의 손상된 부분을 충전치료 하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 충전치료 중 "글래스아이노머(GI)충전치료"란 불소를 함유한 유리 같은 가루를 포함한 재료인 글래스아이노머로 치아의 손상된 부분을 충전치료하는 것을 말합니다.

④ 제1항의 충전치료 중 "레진충전치료"란 치과용 레진을 재료로 치아의 손상된 부분을 충전치료하는 것을 말합니다.

⑤ 제1항의 충전치료 중 "골드인레이온레이충전치료"란 금을 재료로 치아의 손상된 부분을 충전치료하는 것을 말합니다.

충전치료의 재료
1. 아말감 : 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체 2. 글래스아이노머(GI) : 산부식처리가 필요 없는 화학접착으로 수복하는 재료 3. 레진 : 산부식 후 접착제를 이용해 합성레진 물질을 채워 넣는 치료시 사용

제 6 조【크라운치료의 정의】

이 특약에서 "크라운치료"란 치관장착(Crown)치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우 등에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.

제 7 조【발거치료의 정의】

이 특약에서 "발거치료"란 치과의사가 치아 보존이 어렵다고 판단하여 치아를 뽑거나 제거하는 시술을 말합니다. 다만, 영구치 중 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양이상치아)는 제외합니다.

제 8 조【치수치료의 정의】

이 특약에서 "치수치료"란 치아내부에 있는 치수(혈관이 밀집한 연조직)가 충치에 감염되거나 치아파절 등의 외상으로 노출되는 경우, 치수를 제거하여 통증이나 기타증상을 없애고 치아가 제자리에서 기능을 할 수 있도록 보존하는 치료를 말합니다.

제 9 조【보험금의 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음 사항 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. 아말감충전치료보험금
   피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 아말감충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)

2. 글래스아이노머충전치료보험금
피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 글래스아이노머충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)
3. 레진충전치료보험금
피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 레진충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)
4. 골드인레이온레이충전치료보험금
피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 골드인레이온레이충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)
5. 크라운치료보험금
피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 크라운치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 크라운치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)
6. 발거치료보험금
피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 발거치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 발거치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)
7. 치수치료보험금
피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 치수치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 치수치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)

제 10 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다) 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인

장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 특약보험료를 계속 납입하여야 합니다.

② 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 "사망"에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에서 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑥ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑦ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑧ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.
⑪ 보험수익자와 회사가 제9조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제7호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑫ 청약서상 계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제9조(보험금의 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않으며, 해당질병과 관련한 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
⑬ 제12항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑭ 제13항의 "청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 제22조(보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑮ 제23조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 발생한 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제13항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑯ 제9조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에는 치아치료 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 제21조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시)에서 정한 치아치료보장개시일 이전에 치아치료를 진단확정 받은 경우
2. 다른 치아치료를 위하여 임시 치아치료를 한 경우
3. 이미 치아치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 한 경우
4. 치아치료의 직접적인 원인이 질병 및 재해가 아닌 다른 원인인 경우
5. 라미네이트 등 미용 상의 치료나 교정을 목적으로 치료하는 경우

⑰ 동일한 질병 및 재해를 원인으로 1개의 치아에 2회 이상의 치아치료를 받은 경우, 1회에 한하여 제9조(보험금의 지급사유)에 해당하는 치료보험금을 지급합니다.
⑱ 이미 충전치료 또는 크라운치료를 받은 치아에 대하여 새로이 질병 및 재해를 직접적인 원인으로 충전치료 또는 크라운 치료를 한 경우에는 해당 치료보험금을 지급합니다.
⑲ 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료 중 동일한 질병 및 재해를 원인으로 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치아치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한 가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.(다만, 크라운치료와 치수치료를 복합형태의 치료로 받은 경우 크라운치료보험금과 치수치료보험금을 더한 금액을 지급합니다)
⑳ 제9조(보험금의 지급사유)의 경우 치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개를 보장한도로 해당 치아치료보험금을 지급하여 드립니다. 다만, "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
㉑ 피보험자가 보장개시일이후 보험기간 중에 제9조(보험금의 지급사유)에서 정한 치아치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 진단과 관련된 직접적인 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일(보험기간이 1년 이하인 경우 90일) 이내의 치아치료는 보상하여 드립니다.

제 11 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
      특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
   나. 특약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수

익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 12 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서 등)
3. 치과치료관련 증명서
   가. 치과치료 진단서(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
      - 치료한 치아의 위치 또는 치아번호
      - 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
      - 직접적인 치료원인
      - 치료 받은 치아치료의 종류(충전치료의 경우 충전치료재료 포함)
      - 치아치료 진단확정일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일
   나. 치과진료기록 사본
   다. 회사가 "가" 내지 "나" 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독자료
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서 또는 제1항 제3호의 치과진료 관련 증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 13 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제12조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제12조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제10조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제11항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 14 조【계약 전 알릴 의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 15 조【계약 전 알릴 의무 위반의 효과】

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 특약의 최초계약 체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제26조(특약의 해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제14조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

사 례
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

⑥ 제23조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다.[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.]

제 4 관 특약의 성립과 유지

제 16 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 "최초계약"이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료후 제19조(특약의 갱신)에 따라 갱신된 경우에는 "갱신계약"이라 합니다.

③ 주계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제17조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망하거나 영구치를 전부 상실하였을 때에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 사망한 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계산한 사망 당시의 책임준비금을 지급합니다.

제 17 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자와 동일합니다.

제 18 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

① 이 특약의 보험기간은 3년만기 갱신으로 합니다.

② 다만, 갱신계약의 보험기간 종료일이 60세를 초과하는 경우에 한하여 갱신일부터 60세 계약해당일의 전일까지를 최종 갱신계약의 보험기간으로

합니다.
② 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제 19 조【특약의 갱신】
① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 이 특약을 갱신하지 않습니다.
1. 보험기간 만료일까지 갱신전 계약의 보험료가 납입되지 않을 때
2. 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 주계약의 보험기간을 초과하는 경우
3. 갱신시점의 피보험자의 나이가 60세 이상인 경우
③ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
④ 갱신되는 계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 의하여 계산합니다.
⑤ 갱신되는 계약은 갱신시의 보험요율을 적용하며, 갱신시 변동되는 보험료 및 갱신제한사유에 해당하는 경우에는 갱신전 30일전까지 계약자에게 그 내역 및 사유를 서면 또는 전화(음성녹취)로 알려드립니다.

제 20 조【특약내용의 변경】
① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(특약의 해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 21 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】
① 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신전 계약의 납입기일을 준용합니다.
② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.
④ 이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에서 정한 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 이 특약의 최초계약에 대한 제4조(치아치료의 정의)의 치아치료 보장개시일은 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날을 보장개시일로 하며, 그 날부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.(이하 "치아치료 보장개시일"이라 합니다) 다만, 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우 제4항에서 정한 보장개시일에 따라 보장하여 드립니다.

보장개시일, 치아치료보장개시일
보장개시일과 치아치료보장개시일은 서로 다르니 아래를 참고하시기 바랍니다. 예] 2014년 1월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 2014년 1월 1일 ☞ 보장개시일 예] 2014년 1월 1일에 1회 보험료를 납입한 경우 2014년 1월 1일 + 90일 2014년 4월 1일 ☞ 치아치료보장개시일

제 22 조【보험료 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니

다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제26조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제 23 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 치아치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)시 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 24 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 특별부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 25 조【계약자의 임의해지】
① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으

며, 이 경우 회사는 제26조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고 계약체결시 피보험자가 태아(胎兒)이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.
④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 "태아가 출생하기 전"임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제 26 조【특약의 해지환급금】
① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표6(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제 27 조【주계약 약관 규정의 준용】
이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지급금액
아말감 충전치료보험금 (약관 제9조 제1호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 아말감충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	1만원
글래스아이노머 충전치료보험금 (약관 제9조 제2호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 글래스아이노머충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	1만원
레진 충전치료보험금 (약관 제9조 제3호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 레진충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	3만원
골드 인레이온레이 충전치료보험금 (약관 제9조 제4호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 충전치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 골드인레이온레이충전치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	5만원

크라운 치료보험금 (약관 제9조 제5호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 크라운치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 크라운치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	7만원
발거 치료보험금 (약관 제9조 제6호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 발거치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 발거치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	1만원
치수 치료보험금 (약관 제9조 제7호)	피보험자가 보험기간 중 치아치료보장개시일 이후에 질병 또는 재해를 직접적인 원인으로 최초로 치수치료를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 치수치료를 받았을 때(치아 1개당 지급하며, 유치·영구치 각각에 대해 합산하여 연간 3개 한도로 함)	2만5천원

주) 1. 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 새로이 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험료 납입면제 사유로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고, 특약보험료를 계속 납입하여야 합니다.

2. 피보험자가 보험기간 중 사망하거나 영구치를 전부 상실하였을 경우 또는 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만 피보험자가 사망하였을 경우에는 책임준비금을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

3. 최초계약의 치아치료보장개시일은 보험계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날입니다. 다만, 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 3세 미만인 경우 보험계약일(부활(효력회복)일)을 보장개시일로 합니다. 또한, 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.

4. 이미 충전치료, 크라운치료를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하거나 다른 치아치료를 위하여 임시 치아치료를 하는 경우에는

보험금을 지급하지 않습니다.

5. 미용상의 치료나 교정을 목적으로 치료하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 동일한 질병 및 재해를 원인으로 동일한 치아에 대하여 동시에 두 가지 이상의 치아치료를 포함하는 복합형태의 치료를 받은 경우 해당 치료보험금 중 가장 높은 한 가지의 해당 치료보험금을 지급합니다.(다만, 크라운치료와 치수치료를 복합형태의 치료로 받은 경우 크라운치료보험금과 치수치료보험금을 합산한 금액을 지급합니다)
7. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표6(재해분류표) 참조

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관 별표14(장해분류표) 참조

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제13조 제2항 및 제26조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
치아치료 보험금 (제9조 제1호 내지 제7호) 및 책임준비금 (제16조 제3항)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제26조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 표준이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

무배당 정기특약 약관 [가입자에 한함]

제1관 목적 및 용어의 정의 ····· 409
제 1 조【목적】 ····· 409
제 2 조【용어의 정의】 ····· 409

제2관 보험금의 지급 ····· 409
제 3 조【보험금의 지급사유】 ····· 409
제 4 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 ····· 409
제 5 조【보험금을 지급하지 않는 사유】 ····· 411
제 6 조【보험금의 청구】 ····· 412
제 7 조【보험금의 지급절차】 ····· 412
제 8 조【보험금 받는 방법의 변경】 ····· 413

제3관 특약의 성립과 유지 ····· 414
제 9 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 414
제 10 조【피보험자의 범위】 ····· 414
제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】 ····· 414
제 12 조【특약내용의 변경】 ····· 414

제4관 보험료의 납입 ····· 415
제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 ····· 415
제 14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 ····· 415
제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 ·· 415
제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】 ·· 416

제5관 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 416
제 17 조【계약자의 임의해지】 ····· 416
제 18 조【특약의 해지환급금】 ····· 416

제6관 기타사항 ····· 416
제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】 ····· 416
(별표 1) 보험금 지급기준표 ····· 417
(별표 2) 재해분류표 ····· 417
(별표 3) 장해분류표 ····· 417
(별표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 418

무배당 정기특약 약관 [가입자에 한함]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 생존이나 사망에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 주계약 : 이 특약을 부가하는 주된 보험계약으로서 독립적으로 판매가능한 보험계약을 말합니다.
2. 특약 : 주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험을 말합니다.
3. 표준이율 : 회사가 최소한 적립해야 할 적립금 등을 계산하기 위해 시장금리를 고려하여 금융감독원장이 정하는 이율로서, 이 특약 체결시점의 표준이율을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1"보험금 지급기준표"참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 : 만기급여금

제 4 조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 또는 보험료 납입기간 중 이 특약의 피보험자가 장해분류표(별표3 "장해분류표" 참조, 이하 "장해분류표"라 합니다) 중 동일한 재해(별표2 "재해분류표" 참조, 이하 "재해"라 합니다)

또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 체결하는 경우에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

③ 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제3항 또는 제3조(보험금의 지급사유) '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

④ 제1항에서 장해지급률이 재해일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 재해일 또는 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

⑤ 제4항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간 10년 이상인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간 10년 미만인 계약은 재해일 또는 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑥ 제1항에서 "동일한 재해"의 경우 하나의 사고로 인한 재해를 말합니다.

⑦ 제1항의 경우 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 두 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 장해지급률만을 적용합니다.

⑧ 제1항의 경우 장해상태가 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해(이하 "한시장해"라 합니다)에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 한시장해의 장해지급률로 정합니다.

⑨ 제1항의 경우 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 두 가지 이상의 장해가 생긴 때에는 각각에 해당하는 장해지급률을 더하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 두가지 이상의

장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 장해지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑪ 장해분류표에 해당되지 않는 장해는 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 또한, 계약자와 회사가 제1항의 보험료 납입면제에 대해 합의하지 못할 때는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제3조
제3조(의료기관) ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다. ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. 1. 의원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 의원 나. 치과의원 다. 한의원 2. 조산원 : 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다. 3. 병원급 의료기관 : 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다. 가. 병원 나. 치과병원 다. 한방병원 라. 요양병원 마. 종합병원 ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

⑬ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호의 만기급여금의 경우 보험료 납입이 면제된 이후에도 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우에는 만기급여금을 드립니다.

제 5 조【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을

드리지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급합니다.
   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우
   특히 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
   나. 계약의 보장개시일(부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일)부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료의 납입면제를 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조【보험금의 지급절차】

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

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

② 회사는 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당하는 만기급여금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)과 같이 계산합니다.
③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제12항에 따라 보험금 지급사유 또는 장해지급률에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

제 8 조【보험금 받는 방법의 변경】

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 사망보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따른 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 표준이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 표준이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 3 관 특약의 성립과 유지

제 9 조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
③ 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 제10조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 사망한 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 계속 유지할 수 있습니다.
④ 제3항에도 불구하고 주계약의 해지시 계약자의 요청이 있고 이를 회사가 승낙한 경우에는 이 특약의 효력을 계속 유지할 수 있습니다.

제 10 조【피보험자의 범위】

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 11 조【특약의 보험기간 및 보험료 납입기간】

이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사소정의 범위내에서 정합니다.

제 12 조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험료의 납입

제 13 조【특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

② 제1항에도 불구하고, 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었거나 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않았거나 이 특약의 보험료 납입이 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나, 제9조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제 14 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약을 해지하지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않았을 경우에는 주계약의 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

제 15 조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부할(효력회복)하는 경우의 보장개시일을 제13조(특약보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항을 따릅니다.

제 16 조【강제집행 등으로 인한 해지특약의 특별부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 특별부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 특별부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 특별부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 특별부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 특별부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 특별부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제 5 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(특약의 해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 회사는 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 18 조【특약의 해지환급금】

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표4(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 6 관 기타사항

제 19 조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

[기준 : 특약가입금액 1,000만원]

급 여 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금 (약관 제3조)	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때	1,000만원
만기급여금 (약관 제3조 제2호)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	이미 납입한 보험료의 100%

주) 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 계약체결당시 정한 납입방법에 따라 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기급여금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.

(별표 2)

재해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표6 (재해분류표)와 동일

(별표 3)

장해분류표

무배당 흥국우리아이플러스보장보험(1종(종합보장형)) 보통보험약관
별표14 (장해분류표)과 동일

(별표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제7조 제2항 및 제18조 제2항관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
사망보험금 (제3조 제1호)	지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
만기급여금 (제3조 제2호) 및 해지환급금 (제18조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내 : 표준이율의 50% 1년초과기간 : 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기보험금은 회사가 보험금의 지급시기 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 표준이율을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
3. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

제1관 특약의 성립과 유지 ····· 420
제 1 조【적용대상】 ····· 420
제 2 조【특약의 체결 및 소멸】 ····· 420

제2관 지정대리청구인의 지정 ····· 420
제 3 조【지정대리청구인의 지정】 ····· 420
제 4 조【지정대리청구인의 변경지정】 ····· 420

제3관 보험금 지급 등의 절차 ····· 421
제 5 조【보험금 지급 등의 절차】 ····· 421
제 6 조【보험금 등 청구시 구비서류】 ····· 421

제4관 기타사항 ····· 422
제 7 조【준용규정】 ····· 422

제 1 관 특약의 성립과 유지

제 1 조【적용대상】

이 특별약관(이하 "특약")은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 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 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 2 관 지정대리청구인의 지정

제 3 조【지정대리청구인의 지정】

① 보험계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 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 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(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 있습

니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)

제 3 관 보험금 지급 등의 절차

제 5 조【보험금 지급 등의 절차】

① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(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.

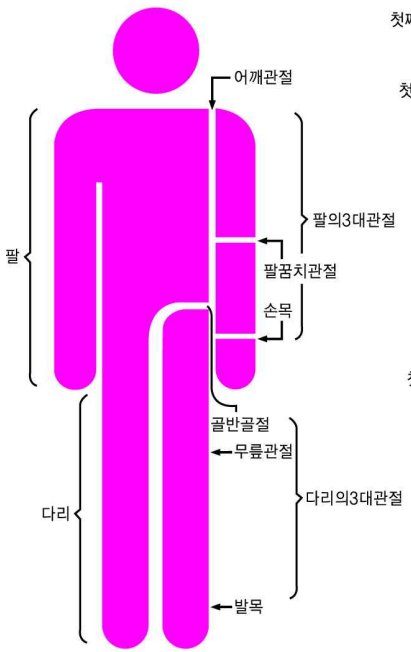
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자의 인감증명서
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

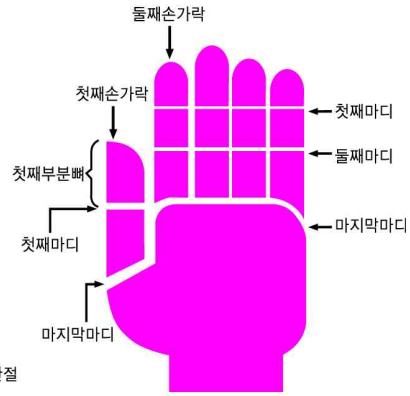
제 4 관 기타사항

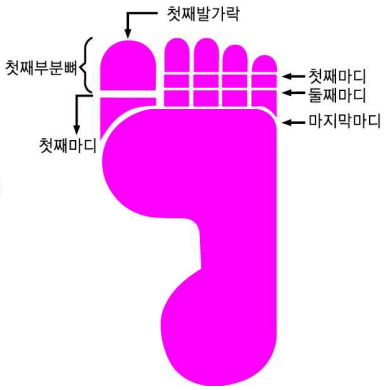
제 7 조【준용규정】

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

신체부위의 설명도







MEMO