심의필-제2020-100193-전자 / 2020.04.01 제작 / 150X210

무배당 참 편한 실속건강보험2004

※ 기존에 체결하던 보험계약을 해지하고 다른 보험계약을 체결할 경우 보험료수 가입 및 보험료 인상, 보장 내용이 달라질 수 있습니다.
※ 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보험한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지환급금과 만기시 보험금이나 사고보험금에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. (단, 보험계약자 및 보험납입자가 법인회전 보호하지 않습니다.

약 관

한화손해보험

Hanwha

신용정보 제공 · 활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공 · 활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공 · 활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴 · 부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공 · 활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험 · 금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안 별로 제공 · 활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

- **전화번호 : 1566-8000**
- **홈페이지 : www.hwgeneralins.com**
- **서면접수 : CS추진파트 및 지점 방문**

  ※ 단, 신규거래 고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 신용정보 관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회	금융감독원
○ (연락처) (02) 316 – 0475 ○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56 한화금융센터 한화손해보험 준법감시인	○ (연락처) (02) 3702 – 8603 ○ (주소) 서울시 종로구 종로5길 68 코리안리빌딩	○ (연락처) (02) 3145 – 5427 ○ (주 소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

3. 신용정보 제공사실 통보요구 및 오류정보 정정청구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」및「신용정보업감독규정」등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 CS추진파트 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

□ 신용정보 제공사실 통보 요구권 (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조)
  – 고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

□ 신용정보 열람 및 정정 청구권 (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조)
  – 고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정청구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금융위원회에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 한국신용정보 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

4. 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

당사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보, 신용등급 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우, 고객은 그 근거가 된 신용정보와 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해줄 것을 요구할 수 있습니다.

5. 개인정보 유출 시 피해보상에 관한 규정

한화손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해 에 대해 관계 법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

1. 상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 한화손해보험 고객서비스센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

한화손해보험 고객서비스센터	금융감독원
○ (연락처) 1566 – 8000 ○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56(여의도동) 한화손해보험 고객서비스센터	○ (연락처) 1332 ○ (주 소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원

2. 보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손해보험	금융감독원
○ (홈페이지) www.hwgeneralins.com ○ (연락처) 02 - 316 - 0592 ○ (FAX) 02 - 316 – 0593	○ (홈페이지) www.fss.or.kr ○ (연락처) 1332

3. 금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
○ (홈페이지) insucop.fss.or.kr ○ (연락처) 1332, 02 - 3145 – 5114

목 차

가입자 유의사항 ····· 11
주요내용 요약서 ····· 15
보험금 청구 구비서류 안내 ····· 19
보험금 청구절차 및 알아두실 내용 ····· 27
보험 가입부터 보험금 지급까지 ····· 29
주요 민원사례 안내 ····· 31
주요 보험용어 해설 ····· 33
주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시 ····· 35
주요 치매관련 보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시 ····· 37

무배당 참 편한 실속 건강보험2004 보통약관 ····· 39

【 제1절. 공통조항 】 ····· 41

제1관. 목적 및 용어의 정의 ····· 41
제1조(목적) ····· 41
제2조(용어의 정의) ····· 41

제2관. 보험금의 지급 ····· 44
제3조(보험금의 지급사유) ····· 44
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 44
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 44
제6조(보험금 지급사유의 통지) ····· 44
제7조(보험금의 청구) ····· 44
제8조(보험금의 지급절차) ····· 44
제9조(보장성보험 공시이율V의 적용 및 공시) ····· 45
제10조(중도인출에 관한 사항) ····· 46
제11조(만기환급금의 지급) ····· 47
제12조(보험금을 받는 방법의 변경) ····· 47
제13조(주소변경통지) ····· 47
제14조(보험수익자의 지정) ····· 48
제15조(대표자의 지정) ····· 48

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 ····· 48
제16조(계약 전 알릴 의무) ····· 48
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 49
제18조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 50
제19조(사기에 의한 계약) ····· 51

제4관. 보험계약의 성립과 유지 ····· 51
제20조(보험계약의 성립) ····· 51
제21조(청약의 철회) ····· 51
제22조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 52
제23조(계약의 무효) ····· 53
제24조(계약내용의 변경 등) ····· 54
제25조(보험나이 등) ····· 55
제26조(계약의 소멸) ····· 55

제5관. 보험료의 납입 ····· 56
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 56
제28조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 56
제29조(보험료의 납입면제) ····· 56
제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) ····· 56
제31조(보험료의 자동대출납입) ····· 56
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 57
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ····· 57
제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ····· 58

제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등 ····· 59
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ····· 59
제36조(중대사유로 인한 해지) ····· 59
제37조(회사의 파산선고와 해지) ····· 59
제38조(해지환급금) ····· 59
제39조(보험계약대출) ····· 60
제40조(배당금의 지급) ····· 60

제7관. 분쟁조정 등 ····· 60
제41조(분쟁의 조정) ····· 60
제42조(관할법원) ····· 60
제43조(소멸시효) ····· 60
제44조(약관의 해석) ····· 60
제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력) ····· 61
제46조(회사의 손해배상책임) ····· 61
제47조(개인정보보호) ····· 61
제48조(준거법) ····· 61
제49조(예금보험에 의한 지급보장) ····· 61

【 제2절. 보장조항 】 ····· 63
보통약관(상해사망(간편고지) 보장
보통약관(상해사망) 보장 ····· 63
제1조(보험금의 지급사유) ····· 63
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 63
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유) ····· 63

제4조(보장의 소멸) ····· 64

【 제3절. 납입면제조항 】 ····· 65
제1조("암"의 정의 및 진단확정) ····· 65
제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정) ····· 65
제3조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정) ····· 65
제4조("암"에 대한 회사의 보장개시) ····· 66
제5조(보험료의 납입면제) ····· 66
제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정) ····· 66
제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정) ····· 67
제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정) ····· 68

무배당 참 편한 실속 건강보험2004 특별약관 ····· 71

1. 상해 관련 특별약관 ····· 73
1-1. 상해사망(간편고지, 갱신형) 특별약관 ····· 73
상해사망(갱신형) 특별약관
1-2. 상해80%이상후유장해(1804)(간편고지) 특별약관 ····· 74
상해80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해80%이상후유장해(1804) 특별약관
상해80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관
1-3. 상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 77
상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관
상해입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
1-4. 상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 78
상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해입원비(4일이상180일한도) 특별약관
상해입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
1-5. 상해수술비(간편고지) 특별약관 ····· 79
상해수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해수술비 특별약관
상해수술비(갱신형) 특별약관
1-6. 상해상급종합병원수술비(간편고지) 특별약관 ····· 81
상해상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해상급종합병원수술비 특별약관
상해상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관
1-7. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 82
상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
1-8. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 84
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
1-9. 골절(치아파절 제외)진단비(간편고지) 특별약관 ····· 86

골절(치아파절 제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
골절(치아파절 제외)진단비 특별약관
골절(치아파절 제외)진단비(갱신형) 특별약관
1-10. 5대골절진단비(간편고지) 특별약관 ····· 86
5대골절진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
5대골절진단비 특별약관
5대골절진단비(갱신형) 특별약관
1-11. 화상진단비(간편고지) 특별약관 ····· 87
화상진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
화상진단비 특별약관
화상진단비(갱신형) 특별약관
1-12. 골절수술비(간편고지) 특별약관 ····· 88
골절수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
골절수술비 특별약관
골절수술비(갱신형) 특별약관
1-13. 5대골절수술비(간편고지) 특별약관 ····· 90
5대골절수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
5대골절수술비 특별약관
5대골절수술비(갱신형) 특별약관
1-14. 화상수술비(간편고지) 특별약관 ····· 91
화상수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
화상수술비 특별약관
화상수술비(갱신형) 특별약관
1-15. 상해성뇌출혈수술비(간편고지) 특별약관 ····· 93
상해성뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해성뇌출혈수술비 특별약관
상해성뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관
1-16. 자동차사고부상발생금(1-14급)(차등지급) 특별약관 ····· 95
자동차사고부상발생금(1-14급)(차등지급,갱신형) 특별약관

2. 질병 관련 특별약관 ····· 98
2-1. 질병사망(간편고지) 특별약관 ····· 98
질병사망(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병사망 특별약관
질병사망(갱신형) 특별약관
2-2. 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지) 특별약관 ····· 99
질병80%이상후유장해(1804) 특별약관
질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관
2-3. 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 102
질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관
질병입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
2-4. 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 104
질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병입원비(4일이상180일한도) 특별약관

질병입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
2-5. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ·····106
질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
2-6. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 ·····108
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관
2-7. 질병수술비(간편고지) 특별약관 ·····111
질병수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병수술비 특별약관
질병수술비(갱신형) 특별약관
2-8. 질병상급종합병원수술비(간편고지) 특별약관 ·····113
질병상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병상급종합병원수술비 특별약관
질병상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관
2-9. 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지) 특별약관 ·····116
질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관
질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형) 특별약관
2-10. 56대질병수술비Ⅱ(간편고지) 특별약관 ·····119
56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관
56대질병수술비Ⅱ 특별약관
56대질병수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관
2-11. 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지) 특별약관 ·····122
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형) 특별약관
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한) 특별약관
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형) 특별약관
2-12. 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지) 특별약관 ·····126
3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
3대안과질환수술비(연간1회한) 특별약관
3대안과질환수술비(연간1회한, 갱신형) 특별약관
2-13. 암(4대유사암제외)진단비(간편고지) 특별약관 ·····128
암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
암(4대유사암제외)진단비 특별약관
암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관
2-14. 4대유사암진단비(간편고지) 특별약관 ·····131
4대유사암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
4대유사암진단비 특별약관
4대유사암진단비(갱신형) 특별약관
2-15. 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지) 특별약관 ·····134
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비 특별약관
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

2-16. 10대고액치료비암진단비(간편고지) 특별약관 ·····137
10대고액치료비암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
10대고액치료비암진단비 특별약관
10대고액치료비암진단비(갱신형) 특별약관
2-17. 특정소액암진단비(간편고지) 특별약관 ·····139
특정소액암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
특정소액암진단비 특별약관
특정소액암진단비(갱신형) 특별약관
2-18. 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관 ·····142
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도) 특별약관
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관
2-19. 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지) 특별약관 ·····146
암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도) 특별약관
암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 갱신형) 특별약관
2-20. 암수술비Ⅱ(간편고지) 특별약관 ·····150
암수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관
암수술비Ⅱ 특별약관
암수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관
2-21. 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····154
암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관
암(4대유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-22. 항암방사선치료비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····158
항암방사선치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
항암방사선치료비(1회한) 특별약관
항암방사선치료비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-23. 항암약물치료비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····160
항암약물치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
항암약물치료비(1회한) 특별약관
항암약물치료비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-24. 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지) 특별약관 ·····162
항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지, 갱신형) 특별약관
항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여) 특별약관
항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 갱신형) 특별약관
2-25. 뇌혈관질환진단비(간편고지) 특별약관 ·····165
뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌혈관질환진단비 특별약관
뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관
2-26. 뇌혈관질환수술비(간편고지) 특별약관 ·····168
뇌혈관질환수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌혈관질환수술비 특별약관
뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관
2-27. 뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····170

뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관
뇌혈관질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-28. 뇌졸중진단비(간편고지) 특별약관 ····· 172
뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중진단비 특별약관
뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관
2-29. 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 174
뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관
뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관
2-30. 뇌졸중수술비(간편고지) 특별약관 ····· 176
뇌졸중수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중수술비 특별약관
뇌졸중수술비(갱신형) 특별약관
2-31. 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 ····· 178
뇌졸중수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중수술비(1회한) 특별약관
뇌졸중수술비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-32. 뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관 ····· 180
뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈진단비 특별약관
뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관
2-33. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관 ····· 181
뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관
뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관
2-34. 뇌출혈수술비(간편고지) 특별약관 ····· 183
뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈수술비 특별약관
뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관
2-35. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 ····· 185
뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈수술비(1회한) 특별약관
뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-36. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지) 특별약관 ····· 187
뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관
뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-37. 허혈성심장질환진단비(간편고지) 특별약관 ····· 189
허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
허혈성심장질환진단비 특별약관
허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관
2-38. 허혈성심장질환수술비(간편고지) 특별약관 ····· 191
허혈성심장질환수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관

허혈성심장질환수술비 특별약관
허혈성심장질환수술비(갱신형) 특별약관
2-39. 허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····193
허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관
허혈성심장질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-40. 급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관 ·····195
급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증진단비 특별약관
급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관
2-41. 급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관 ·····197
급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상120일한도) 특별약관
급성심근경색증직접치료입원비 (4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관
2-42. 급성심근경색증수술비(간편고지) 특별약관 ·····199
급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증수술비 특별약관
급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관
2-43. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····201
급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관
급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-44. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·····203
특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관
특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-45. 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지) 특별약관 ·205
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한) 특별약관
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관
2-46. 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지) 특별약관 ·····209
계속암(재진단암)진단비Ⅱ 특별약관
계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관
계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관
2-47. 계속(재진단)뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관 ·····214
계속(재진단)뇌출혈진단비 특별약관
2-48. 계속(재진단)급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관 ·····217
계속(재진단)급성심근경색증진단비 특별약관
2-49. 파킨슨병진단비(간편고지) 특별약관 ·····220
파킨슨병진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
파킨슨병진단비 특별약관
파킨슨병진단비(갱신형) 특별약관

3. 상해 및 질병관련 특별약관 ·····224
3-1. 깁스치료비 특별약관 ·····224

깁스치료비(갱신형) 특별약관
3-2. 응급실내원치료비(응급) 특별약관 ····· 224
응급실내원치료비(응급, 갱신형) 특별약관
3-3. 응급실내원치료비(비응급) 특별약관 ····· 226
응급실내원치료비(비응급, 갱신형) 특별약관
3-4. 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지) 특별약관 ····· 228
중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
중증치매진단비Ⅱ(90일이상) 특별약관
중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관
3-5. 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지) 특별약관 ····· 232
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지, 갱신형) 특별약관
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급) 특별약관
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 갱신형) 특별약관
3-6. 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지) 특별약관 ····· 236
중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
중등도이상치매진단비(90일이상) 특별약관
중등도이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관
3-7. 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지) 특별약관 ····· 240
경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
경증이상치매진단비(90일이상) 특별약관
경증이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관

4. 비용손해 관련 특별약관 ····· 245
4-1. 자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용) 특별약관 ····· 245
자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용, 갱신형) 특별약관
4-2. 자동차사고대물벌금(운전자용) 특별약관 ····· 247
자동차사고대물벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관
4-3. 자동차사고변호사선임비용Ⅱ(운전자용) 특별약관 ····· 248
자동차사고변호사선임비용Ⅱ(운전자용, 갱신형) 특별약관
4-4. 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용) 특별약관 ····· 250
대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관
4-5. 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용) 특별약관 ····· 252
중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관
4-6. 면허정지(영업용운전자용) 특별약관 ····· 255
면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관
4-7. 면허취소(영업용운전자용) 특별약관 ····· 256
면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관
4-8. 보이스피싱손해(갱신형) 특별약관 ····· 257
4-9. 의료사고법률비용(실손, 갱신형) 특별약관 ····· 259
4-10. 민사소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관 ····· 261
4-11. 행정소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관 ····· 268

5. 독립특별약관(가족일상생활중배상책임Ⅱ(대물20만원공제)(갱신형) 특별약관) ····· 276

6. 제도성 특별약관 ····· 297

6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 ····· 297
6-2. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관 ····· 300
6-3. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관 ····· 301
6-4. 보험료자동납입 특별약관 ····· 302
6-5. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 303
6-6. 전자서명 특별약관 ····· 304
6-7. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관 ····· 305

무배당 참 편한 실속 건강보험2004 별표 ····· 307

【별표1】 장해분류표 ····· 309
〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 ····· 332
【별표2】 특정 신체부위 · 질병 분류표 ····· 333
【별표3】 골절 분류표 ····· 337
【별표4】 골절(치아파절제외) 분류표 ····· 338
【별표5】 5대골절 분류표 ····· 339
【별표6】 화상 분류표 ····· 339
【별표7】 상해성뇌출혈 분류표 ····· 340
【별표8】 악성신생물 분류표 ····· 341
【별표9】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표 ····· 342
【별표10】 제자리신생물 분류표 ····· 343
【별표11】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 344
【별표12】 10대고액치료비암 분류표 ····· 345
【별표13】 뇌혈관질환 분류표 ····· 346
【별표14】 뇌졸중 분류표 ····· 346
【별표15】 뇌출혈 분류표 ····· 347
【별표16】 허혈성심장질환 분류표 ····· 348
【별표17】 급성심근경색증 분류표 ····· 348
【별표18】 56대질병 분류표 ····· 349
【별표19】 7대기관질병 분류표 ····· 354
【별표20】 3대안과질환 분류표 ····· 355
【별표21】 자동차사고 부상등급표 ····· 356
【별표22】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 ····· 365
【별표23】 파킨슨병 분류표 ····· 366
【별표24】 특정3대질병 분류표 ····· 367
【별표25】 급여 항암방사선치료 분류표 ····· 368
【별표26】 급여 항암약물 분류표 ····· 370
【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 ····· 371
【부 록】 약관에서 인용된 법령 ····· 373

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

Ⅰ. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

☑ 과거 질병 치료사실 등을 사실대로 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수도 있습니다.

☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.

☑ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)

☑ 부활(효력회복)계약의 "암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 4대유사암의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

☑ 부활(효력회복)계약의 "파킨슨병"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.

☑ 부활(효력회복)계약의 "경증이상치매상태" 및 "중등도이상치매상태"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.(질병을 직접적인 원인으로 해당 치매상태가 발생한 경우에 한합니다)

3. 건강보험

☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

☑ 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

☑ 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명 듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

4. 배상책임 관련 보장

☑ 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

☑ 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

5. 갱신형 보장

☑ 갱신형 특별약관 보험기간은 5년만기로, 최초가입 후 5년마다 갱신을 통해 보통약관 만기시까지(100/90세) 보장받을 수 있습니다. 단, 질병사망(간편고지, 갱신형) 특별약관 및 질병사망(갱신형) 특별약관은 피보험자의 보험나이 80세 계약해당일까지 보장받을 수 있습니다.

☑ 위 사항에도 불구하고 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 및 계속암(재진단암)진단비

Ⅱ(갱신형) 특별약관은 피보험자의 보험나이 [보통약관의 만기연령 - 2세] 이전까지 첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)이 발생하지 않은 경우 피보험자의 보험나이 [보통약관의 만기연령 - 2세] 계약해당일에 갱신이 종료됩니다.

☑ 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.

☑ 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우 적립보험료 또는 적립부분 책임준비금에서 대체납입되지 않으며, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

6. 보험료 납입면제에 관한 사항

☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해 상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해 상태가 된 경우
- 보장개시일 이후 '암'으로 진단확정된 경우
- '뇌졸중'으로 진단확정된 경우
- '급성심근경색증'으로 진단확정된 경우

☑ 다만, 갱신형 특별약관, 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 "보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지"조항에 따라 해지될 수 있습니다.

Ⅱ. 해지환급금 관련 유의사항

☑ 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

- 1종(해지환급금미지급형, 간편고지형), 3종(해지환급금미지급형, 일반고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 각각 2종(표준형, 간편고지형), 4종(표준형, 일반고지형)의 해지환급금과 동일합니다.
- 회사는 1종(해지환급금미지급형, 간편고지형), 3종(해지환급금미지급형, 일반고지형) 가입시 각각 2종(표준형, 간편고지형), 4종(표준형, 일반고지형)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교 · 안내하여 드립니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 암 관련 보장

☑ 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 4대유사암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급합니다.

☑ 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

☑ 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

☑ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(제7차 개정 한국표준질병·사인분류 분류표의 분류번호 C77~C80)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2. 특정질병 관련 보장

☑ 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 열거되어 있는 질병에 한하여 보험금을 지급합니다.

3. 치매 관련 보장

☑ 보험계약일로부터 1년 이내에 '파킨슨병'으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

☑ '경증이상치매상태'란 상해 또는 질병에 따른 뇌 손상으로 인하여 90일 이상 CDR척도 1점 이상의 '경증이상 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.

☑ '중등도이상치매상태'란 상해 또는 질병에 따른 뇌 손상으로 인하여 90일 이상 CDR척도 2점 이상의 '중등도이상 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.

☑ '중증치매상태'란 상해 또는 질병에 따른 뇌 손상으로 인하여 90일 이상 CDR척도 3점 이상의 '중증 인지기능의 장애'가 발생한 상태를 말합니다.

☑ '경증이상치매상태' 및 '중등도이상치매상태'의 경우 보험계약일로부터 1년 이내에 질병을 직접적인 원인으로 해당 치매상태가 90일이상 계속된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

4. 수술 관련 보장

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

5. 입원 관련 보장

☑ 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

6. 상해 관련 보장

☑ 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로서 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

7. 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

☑ 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다.
2) 위 1)에도 불구하고, 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리고 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)

다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

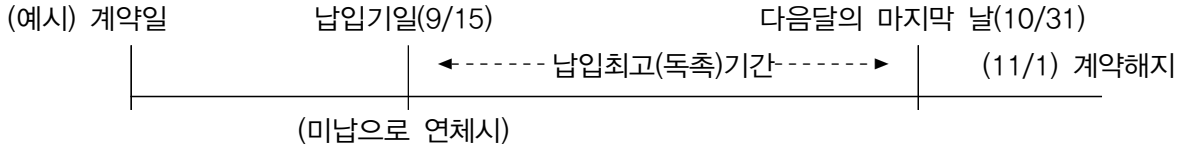
1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호(【부록】 참조)에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 본인확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2) 만 15세미만자, 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, 2)의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)

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

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날)을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

1) 보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출에 의하여 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다.) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

2) 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 중도인출 【2종(표준형, 간편고지형) 및 4종(표준형, 일반고지형)】 가입시에 한함)

회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관의 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해지환급금을 한도로 하며, 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 금액을 기준으로 합니다.)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다.)를 한도로 합니다.

※ 중도인출시 만기(해지)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해지)환급금이 감소합니다.

9. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴 의무: 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

가) 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경

예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등

나) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

라) 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

3) 알릴 의무 위반의 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자 및 보험수익자(계약자와 보험수익자가 다른 경우)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

10. 보험금의 지급절차

1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 신체손해의 경우 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하고, 배상책임 손해의 경우 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 신체손해에 관한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.

다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

가. 소송제기

나. 분쟁조정 신청

다. 수사기관의 조사

라. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

마. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

바. 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

2) 위 1)의 가.~바.에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청 할 수 있습니다. 다만, 청구보험금 100만원 초과 건은 원본(방문 또는 우편)접수 대상이나, 100만원 이하 건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ **사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류)** • 상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 • 교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) • 산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) • 기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 **친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서**(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	

구 분	구 비 서 류		발급기관
사망	필수서류	○ (택1) • **사망진단서(시체검안서) 원본** • **사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재)** ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① **상속관계 확인서류(택1)** : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② **상속인이 다수인 경우** : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) • 운동장해(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(【부록】 참조)에 따라 장해평가시점의 운동가능영역(각도)을 측정한 후유장해진단서 • 신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해 • 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부		병원 (종합병원)
상해입원비	① (택1) **입퇴원 확인서** 또는 **진단서**(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간이 모두 기재된 서류)		병원
수술비용	① (택1) **수술확인서** 또는 **진단서 등(진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자가 모두 기재된 서류)**		병원
골절진단비	○ (택1) **진단서** 또는 **진료확인서**(확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류)		병원
화상진단비	○ **진단서**(확정진단명, 한국질병분류코드, 심재성 여부 필수 기재)		병원
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용시 가족관계증명서 필요)		소방서

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 **친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서**(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) • **사망진단서(시체검안서) 원본** • **사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재)** ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① **상속관계 확인서류(택1)** : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② **상속인이 다수인 경우** : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) • 운동장해(척추,사지관절) : AMA장해평가방식에 의하여 측정된 후유장해진단서 • 신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해		병원 (종합 병원)

구 분	구 비 서 류		발급기관
	• 만성신부전: 최초혈액투석일, 환자상태기재 • 사지절단: 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 • 인공관절치환술: 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 • 비장, 신장, 안구적출술: 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 • 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부		
암진단비	① **진단서** ② **조직검사결과지** ※ 암 종류에 따라 조직검사가 어려운 경우 대체 가능 서류(혈액암 또는 조직검사 불가한 경우) • 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 • 뇌/폐/췌장암 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT, PET 등) • 간 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT 등) 및 혈액검사 결과지		병원
뇌질환 진단비	① **진단서** ② **정밀검사 판독결과지** (당사 홈페이지 또는 고객서비스센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ **진료차트**(응급실, 초진, 입원차트)		병원
심장질환 진단비	① **진단서** ② **정밀검사 판독결과지** (당사 홈페이지 또는 고객서비스센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ **진료차트**(응급실, 초진, 입원차트)		병원
질병입원비	○ (택1) **입퇴원 확인서 또는 진단서**(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재)		병원
수술비용	질병수술비	① (택1) **수술확인서** 또는 **진단서 등(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)**	병원
	특정질병수술비	① **진단서(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)** ② **(택1) 수술기록지 또는 수술확인서(진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출)** ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가요청 가능	

3. 교통 사고 관련 보험금 청구서류

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th colspan="2">구 비 서 류</th><th>발급기관</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">공통서류</td><td>필수
서류</td><td>① 보험금청구서
② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성)
③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다)
※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요
④ 자동차사고 입증서류(아래 담보별 서류 참조)</td><td rowspan="3">당사양식
관공서</td></tr>
<tr><td>수익자가
미성년자인
경우</td><td>① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류
② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본
※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권 확인서류)</td></tr>
<tr><td>대리인 청구
및
청구보험금
위임할 경우</td><td>① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수)
② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시)
③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서</td></tr>
<tr><td colspan="2">벌금</td><td colspan="2">① (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문
② (택1) 벌금납부영수증(반드시 벌금납부 후 청구가능) 또는 가상계좌 입금내역서 또는 통장사본</td><td>경찰서,
법원</td></tr>
<tr><td rowspan="3">자동차
사고
변호사
선임비용</td><td>공소
제기</td><td colspan="2">○ (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문</td><td rowspan="3">법원,
검찰청,
교도소</td></tr>
<tr><td>구속
시</td><td colspan="2">① (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원 판결문
② (택1) 구속영장, 사건처분증명원 또는 출소/재소증명원</td></tr>
<tr><td colspan="3">※ 추가서류 : 변호사 선임비용 청구시 선임한 변호사가 발행한 세금계산서</td></tr>
<tr><td colspan="2">면허정지</td><td colspan="2">① 운전면허정지처분결정통지서 (면허정지 종료 후 발행된 확인서로 청구 가능)
② 운전경력증명서</td><td>경찰서</td></tr>
<tr><td colspan="2">면허취소</td><td colspan="2">운전면허취소처분결정통지서 (면허취소확인원)</td><td>경찰서</td></tr>
</table>

구 분	구 비 서 류	발급기관
대인 형사합의실손비	① **교통사고 사실확인원** ② (택1) **합의금이 기재된 경찰서 제출용 형사합의서**(경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본 인정) 또는 **공탁서, 공탁금 출급확인서** ③ (택1) **피해자 진단서(진단주수 포함)** 또는 **피해자 사망진단서(시체검안서)** ④ **공소장**(검찰에 기소된 경우) ⑤ 피해자에게 **형사합의금 입금된 내역서** 및 **통장사본**	경찰서, 검찰청, 병원
자동차사고 부상발생금	자동차보험 지급결의서(대인Ⅰ, 자손/부상등급기재 필수)	자동차 보험 처리회사

4. 비용손해 관련 보험금 청구서류

구 분		구 비 서 류	발급기관
공통서류	필수 서류	① **보험금청구서** ② **개인(신용)정보처리동의서**(반드시 작성) ③ **청구인 신분증 사본 앞면**(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 기타 회사가 요구하는 증거자료	당사양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	

5. 배상책임 관련 보험금 청구서류

<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">구 비 서 류</th><th>발급기관</th></tr>
<tr><td rowspan="3">공통서류</td><td>필수
서류</td><td>① 보험금청구서
② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성)
③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다)
※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요
④ 합의서(당사자간 합의 완료시 합의금 지급 확인서)</td><td rowspan="3">당사양식</td></tr>
<tr><td>대리인 청구
및
청구보험금
위임할 경우</td><td>① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수)
② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인 서명 사실 확인서(자필서명시)
③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서</td></tr>
<tr><td>피해자
요청서류</td><td>• 개인(신용)정보처리동의서(미성년자인 경우 부모(법정대리인)이 작성)
• 주민등록 등본</td></tr>
<tr><td>대인배상</td><td colspan="2">○ 진단서(진료확인서)
○ 초진진료기록지
○ 치료비영수증</td><td>병원</td></tr>
<tr><td>대물배상</td><td colspan="2">○ 피해물품의 사진
○ 사고피해물품의 구입시기/가격의 증빙서류
○ 수리비 견적서
○ 수리비 영수증</td><td>구입처
수리업자</td></tr>
</table>

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

ㅁ **보험금 청구 관련 안내**

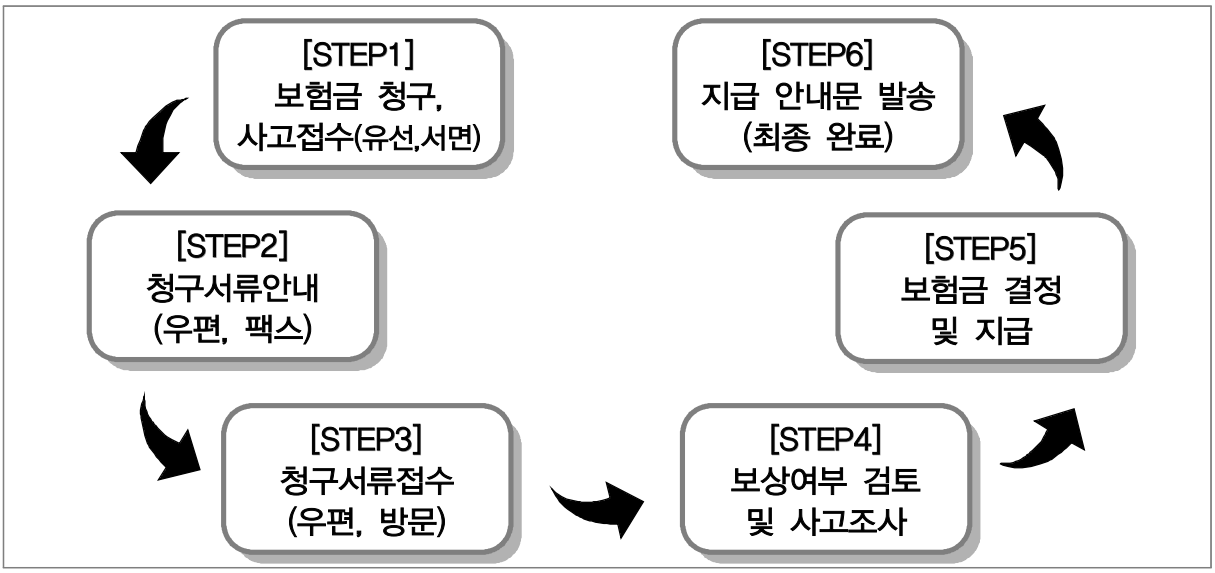
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

ㅁ **보험금 청구 소멸시효**

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조(【부록】 참조))

ㅁ **보험금 지급절차 안내**

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험㈜에 접수되는 경우 접수 사실과 담당자에 관한 사항(이름, 연락처)을 LMS(Long Message Service, 장문문자메시지) 또는 선택하신 방법으로 안내 드립니다.
- 보상처리 및 서류 발송과 관련한 문의 사항이 있으신 경우 해당 청구 건의 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



ㅁ **손해사정사 선임 및 조사**

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보 제공 동의를 받아 보험업법에 따라 금융위원회에 등록된 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
  * 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님이 별도로 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님께서 부담하셔야 합니다.

ㅁ **장해진단서 제출 시 유의사항**

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 *3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
  * 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

ㅁ **의료심사**

- 상해 질병 보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 진료과목별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 한화손해보험㈜가 부담합니다.

ㅁ **보험사간 치료비 분담지급(비례보상 적용)**

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 중복 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상하며 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 타 보험회사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 의료비 비례분담지급과 관련하여 귀하가 원하실 경우 회사는 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류의 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 귀하는 회사에 다른 보험회사에 자료제공을 위한 "실손의료비 접수대행 서비스 신청서"를 제출하셔야 합니다.

ㅁ **보험금 지급안내 및 절차 조회 방법**

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 보험금 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액을 안내해 드립니다. 문의사항이 있는 경우에는 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

ㅁ **보험금 부지급 결정 및 재심사 청구**

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정하는 경우에는 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하시지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

ㅁ **예상 지급기일 및 지연이자 지급**

- 상해·질병사고는 그 서류를 접수한 날부터 3영업일, 재물 및 배상책임 손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대해 안내하여 드립니다.
  만일, 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

ㅁ **주소변경 통지**

- 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 *"약관교부 및 설명의무 등"* 조항 참조

▼

[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성 시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다.

✔ **계약 전 알릴 의무**

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문에 대하여 사실대로 기재해주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✔ **피보험자 서면동의**

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 *"계약 전 알릴 의무", "계약의 무효"* 조항 참조

▼

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 *"보험계약의 성립"* 조항 참조

▼

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품의 약관에서 정한 보험사고가 발생하였다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하여 보험금을 청구하시기 바랍니다. 구비서류 및 청구절차는 고객서비스센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다.

☞ 약관 *"보험금의 지급사유", "보험금의 청구"* 조항 참조

▼

[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내), 배상책임 및 재산손해에 대한 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 보험금은 7일이내에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 *"보험금의 지급절차"* 조항 참조

주요 민원사례 안내

ㅁ 승환계약의 고지의무 위반

[사례] 기존 보험을 해지하고 보장을 더 확대하여 다른 보험을 새로 가입하는 과정에서 과거 병력을 청약서 질문서에 기재하지 않아 고지위반이 문제되자 해지하였던 기존 보험의 부활을 요구하는 민원 제기

☞ 부당한 승환계약에 대해서는 기존 계약이 소멸한 날로부터 6개월 이내에 부활을 청구할 수 있습니다. 그러나 정상적으로 계약을 해지하고 체결한 경우는 적용되지 않으므로 반드시 이전 계약사항과 꼼꼼하게 비교 확인 후 가입하시기 바랍니다.

ㅁ 유병자보험의 고지의무 위반

[사례] 유병자보험에 가입하면서 최근 3개월 이내 의사로부터 MRI검사를 권유 받은 사실을 청약서 질문서에 기재하지 않은 사유로 회사가 고지위반에 대한 계약 해지를 통보하자 민원 제기

☞ 유병자보험은 다른 보험상품에 비해 계약 전 알릴사항이 완화된 보험이나 청약서에서 질문한 내용에 대해서는 반드시 사실대로 알려야 합니다. 사실과 다르게 고지한 계약이 체결되더라도 이후 해당 계약이 해지될 수 있으므로 청약서 질문서는 빠짐없이 정확하게 기재하여야 합니다.

ㅁ 고지의무 위반의 효과

[사례] 과거 병원 입원 치료 사실을 청약서 질문서에 기재하지 않고 보험에 가입하였으나 회사가 고지위반을 근거로 보장 일부를 제한하자 민원 제기

☞ 계약자가 계약 전 알릴 의무를 위반하면 회사는 손해의 발생여부와 관계없이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 계약을 해지할 때에는 납입하였던 보험료를 돌려받는 것이 아니라 보통약관 「해지환급금」에서 정한 해지환급금을 지급합니다.

ㅁ 상품설명 및 자필서명 관련

[사례] 입출금이 자유롭고 만기에는 납입한 보험료를 전부 돌려받을 수 있다는 모집인의 말을 믿고 보험에 가입하였는데 사실과 다르다며 민원 제기

☞ 불완전판매는 3개월 내 보험계약의 취소를 요청할 수 있으나 보험계약자가 자필서명을 하였거나 모니터링에 답변을 하였다면 법률적 효력을 부인할 수 없습니다. 그러므로 자필서명, 전화모니터링 답변 전에 반드시 관련 내용을 꼼꼼히 확인하고 이해가 부족할 때에는 추가설명을 요구해야 합니다.

ㅁ 장기보험 환급금 과소

[사례] 보험료 납입이 어려워 중도 해지를 신청하였으나 해지환급금이 너무 적다며 민원 제기

☞ 보험계약은 은행 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 납입보험료 중 일부는 보험금과 사업비의 재원으로 운영되고, 이를 제외한 보험료가 적립되어 해지 및 만기 시 환급금의 재원이 됩니다. 환급금은 적립보험료와 경과기간 등에 따라 달라질 수 있으므로 보험 가입 시 확인하시기 바랍니다.

ㅁ 무(저)해지보험 환급금 관련

[사례] 보장은 동일하면서 다른 보험상품에 비해 보험료가 저렴하고 만기 환급률도 높다고 해서 가입하였으나 사정이 여의치 않아 중도 해지 신청하니 환급금이 발생하지 않는다며 민원 제기

☞ 상품 명칭에 '해지환급금 미지급(일부 지급)' 또는 무(저)해지환급' 등의 용어가 사용되는 보험상품은 중도 해지시 해지환급금이 없거나 적을 수 있으므로 보험 가입 시 신중하게 선택해야 합니다.

ㅁ 통지위반(전동킥보드)

[사례] 출퇴근하면서 전동킥보드를 이용하다가 상해사고가 발생하여 보험금을 청구했으나 계약 후 알릴의 무위반으로 보험금 지급이 거절되었다며 민원 제기

☞ 보험 가입 후 피보험자의 직업이나 직무, 운전 유형 등 변동이 발생하면 보험회사에 알려야 합니다. 전동킥보드는 「도로교통법」상 원동기장치자전거로 보험가입 후 운전하게 되었다면 통지를 해야 하며 미이행 시 보험해지, 보험금 지급 제한 등 불이익이 발생할 수 있습니다.

ㅁ 해지된 계약의 부활

[사례] 보험료 미납으로 해지된 계약의 부활을 신청하였는데 보상받지 못한 해지기간 동안의 보험료와 이자까지 모두 납입해야만 부활이 가능하다고 하여 민원 제기

☞ 해지된 계약을 부활 청약하려면 해지된 날로부터 3년 이내에 연체된 보험료와 회사가 정한 소정의 이자를 납입하고 회사가 승낙함으로써 회복할 수 있습니다. 다만, 합리적인 사유가 있을 때에는 회사가 부활을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

ㅁ 2개 암의 중복 발생

[사례] 폐암과 간암이 동시에 진단되어 각각의 진단비를 청구하였으나 암진단비가 1회만 지급되자 민원 제기

☞ 보험약관에서 정한 암으로 진단확정되면 최초 1회만 보험금을 지급합니다. 여러개의 보험금 지급 사유가 존재하더라도 약관에서 정한 횟수만 보험금이 지급됩니다.

ㅁ 보장개시일

[사례] 치아보험을 가입한 뒤 발치를 하고 보험금 지급을 청구하였는데 보험계약일로부터 90일이 경과되지 않았다며 보험금이 지급되지 않자 민원 제기

☞ 암보험, 치아보험 등 특정 질병을 보상하는 보험상품의 경우 보장개시일이 별도로 존재하기 때문에 유의하여야 하며, 보장개시일에 따라 면책, 50% 감액 등 보험금 산정이 달라질 수 있습니다.

ㅁ 보험금 소멸시효

[사례] 7년 전에 사고로 골절이 발생하였으나 보험금 청구를 하지 않다가 최근에 보험금을 청구하였더니 소멸시효를 이유로 보험금 지급이 거절되자 민원 제기

☞ 소멸시효는 일정 기간 권리를 행사하지 않으면 그 권리가 소멸되는 것으로 상법상 보험금 청구권 소멸시효는 3년(2015.03.12 이전 2년) 으로 소멸시효 내에 보험금을 청구하지 않으면 회사는 보험금 지급 책임을 지지 않습니다.

ㅁ 보험금 대리 청구인 지정

[사례] 최근 치매진단을 받고 요양병원에 입원하면서 대리인을 통해 보험금 청구하였으나 피보험자 본인만 청구할 수 있다고 하자 민원 제기

☞ 보험금은 피보험자가 청구할 수 있으나 향후 치매 등으로 보험금을 직접 청구할 수 없는 사정을 대비하여 가족 등이 보험금을 대신 청구할 수 있도록 보험계약자가 미리 "대리청구인"을 지정할 수 있습니다. 다만 이 경우 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일 조건에 한합니다.

주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	1) 질병·상해보장 : 보험사고의 대상이 되는 사람 2) 배상책임보장 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 3) 비용손해 보장 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람(즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람)
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 상해·질병보장 이외의 경우에는 피보험자
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액
보험금	피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄
보험가입금액	보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
책임준비금	장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시

※ 이 상품에서 암을 보장하는 보통약관 및 특별약관에는 보험계약일부터 일정기간동안 면책기간을 적용 또는 보험금을 감액하여 지급하는 보장이 포함되어 있습니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	최초계약일과 부활(효력회복) 면책기간	최초계약일부터 경과기간 1년미만 50%감액지급
암(4대유사암제외)진단비(간편고지), 암(4대유사암제외)진단비	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	O
4대유사암진단비(간편고지), 4대유사암진단비	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	O
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비	암(특정소액암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	O
특정소액암진단비(간편고지), 특정소액암진단비	유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암	100%	90일	O
계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지), 계속암(재진단암)진단비Ⅱ	암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)	100%	90일(첫번째암) 2년(재진단암)주)	X
10대고액치료비암진단비(간편고지), 10대고액치료비암진단비	10대고액치료비암	100%	90일	O
암수술비Ⅱ(간편고지), 암수술비Ⅱ	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	O
	갑상선암	20%	X	O
	기타피부암, 제자리암, 경계성종양	10%	X	O
암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지), 암(4대유사암제외)수술비(1회한)	암 (기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	O
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도),	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	O
	갑상선암	20%	X	O
	기타피부암, 제자리암, 경계성종양	10%	X	O
항암방사선치료비(1회한, 간편고지), 항암방사선치료비(1회한), 항암약물치료비(1회한, 간편고지), 항암약물치료비(1회한), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	O

보 장 명		보험가입금액 대비 지급금액	최초계약일과 부활(효력회복) 면책기간	최초계약일부터 경과기간 1년미만 50%감액지급
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	O

주) 첫 번째 "재진단암"의 보장개시일은 "첫번째암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 하고, 두 번째 이후 "재진단암"의 보장개시일은 직전 "재진단암" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

※ 상기 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시의 보장명은 비갱신형 특별약관 기준이며, 갱신형 특별약관도 동일하게 적용함. 보장용어에 대한 자세한 내용은 반드시 약관 본문을 참고하시기 바랍니다.

주요 치매관련 보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시

※ 이 상품에서 치매관련 특별약관은 보험계약일부터 일정기간동안 면책기간을 적용 또는 보험금을 감액하여 지급하고 있습니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

보 장 명	보험금 지급사유 발생일	구분	(최초)계약일부터 경과기간 1년미만 50%감액 지급	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간
중증치매진단비Ⅱ (90일이상,간편고지) 중증치매진단비Ⅱ (90일이상) (갱신형 포함)	"중증치매상태"로 진단확정되고 그 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	O 50% 감액주1)	X
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급,간편고지) 중증치매간병자금Ⅱ (90일이상,10년간매월지급) (갱신형 포함)	"중증치매상태"로 진단확정되고 그 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	O 50% 감액주2)	X
중등도이상치매진단비 (90일이상,간편고지) 중등도이상치매진단비(90일이상) (갱신형 포함)	"중등도이상치매상태"로 진단확정되고 그 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	X	O 1년
경증이상치매진단비 (90일이상,간편고지) 경증이상치매진단비 (90일이상) (갱신형 포함)	"경증이상치매상태"로 진단확정되고 그 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	X	O 1년
파킨슨병진단비(간편고지) 파킨슨병진단비 (갱신형 포함)	진단확정일	질병	X	O 1년

주1) 감액기간((최초)계약일부터 경과기간 1년미만)동안 질병으로 "중증치매상태"로 확정되고, 그 상태가 90일간 지속되는 경우 보험가입금액의 50% 지급

주2) 감액기간((최초)계약일부터 경과기간 1년미만)동안 질병으로 "중증치매상태"로 확정되고, 그 상태가 90일간 지속되는 경우 10년간 매월 보험가입금액의 50% 지급

무배당 참 편한 실속 건강보험2004 보통약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 "계약"이라 합니다)은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약관계 관련 용어

용어	정의	
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.	
피보험자	질병·상해보장	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
	비용손해보장	보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
	배상책임보장	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금, 중도환급금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.	
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.	
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.	
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.	
보험 가입금액	보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.	

2 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
장해	"장해분류표(【별표1】 참조)"에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

중요한 사항	"계약 전 알릴 의무"와 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.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제7차 개정(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2 년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호(【부록】 참조)에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)(【부록】 참조)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
보장부분 적용이율	보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. **[해지]** 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.
보험금	피보험자의 사망, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액을 말합니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음 각 호에 해당하는 경우는 제외합니다. 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 근로자의 날
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.
보험계약일	계약자와 회사가 보험계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 보험계약일이 2020년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년입니다.
계약해당일	보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료와 적립보험료의 합계액을 말합니다.
보장보험료	손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
적립부분 순보험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비(적립부분은 제외)로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료
적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

6 기타 관련 용어

【1종(해지환급금미지급형, 간편고지형) 및 3종(해지환급금미지급형, 일반고지형)】

– 순수보장성 보험 : 계약의 만기시에 지급되는 보험금이 전혀 없는 보장성보험을 말합니다.

이 상품은 **순수보장성 보험**으로 회사는 계약자에게 **만기환급금을 지급하지 않습니다.**

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제1조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

2 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

4 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 우선적으로 가지급합니다.

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

[가지급보험금]
보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

6 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

7 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

8 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보장성보험 공시이율V의 적용 및 공시)

1 이 계약의 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성보험 공시이율V로 하며, 보장성보험 공시이율V는 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

2 제1항의 보장성보험 공시이율V는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 결정합니다.

3 제2항에도 불구하고 보험기간 중에 보장성보험 공시이율V가 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%를 적용합니다.

4 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 보장성보험 공시이율V를 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

[사업방법서 별지]
회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험가입금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

[운용자산이익률]
사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

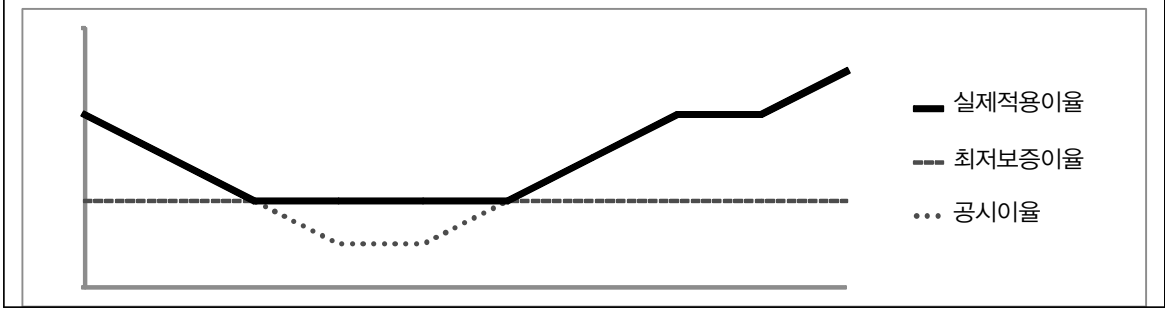
[외부지표금리]
사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채(5년) 수익률, 회사채(무보증 3년, AA-) 수익률, 통화안정증권(1년) 수익률 및 양도성예금증서(91일) 유통수익률을 기준으로 산출합니다.

[공시이율]
시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

☞ 공시이율의 공시
이 보험의 사업방법서는 회사의 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)의 "상품공시" 내 "보험상품공시"에서 공시하며, 적용되는 공시이율 및 산출방법 등은 홈페이지의 "상품공시" 내 "적용이율공시실"에서 공시합니다.

[최저보증이율]
운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우, 공시이율이 0.1%로 낮아지더라도 적립금은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적립됩니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적립한 적립금은 보장받을 수 있습니다.

☞ 최저보증이율 적용 예시



2 제1항의 적립부분 해지환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제38조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출한 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 말합니다.

3 제1항의 적립부분 해지환급금은 제39조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

[중도인출시 유의사항]
중도인출시 중도환급금 및 만기(해지)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 중도환급금 및 만기(해지)환급금이 감소합니다.

[중도인출금 한도 예시]
중도인출 시점에 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에 의해 산출된 금액이 아래와 같은 경우
- 보통약관 해지환급금 : 120만원
- 보통약관 적립부분 해지환급금: 100만원

(보통약관 적립부분 해지환급금이 보통약관 해지환급금보다 적음)
⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원
⇒ 기 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정) 중도인출 가능액 = 80만원 − 30만원 = 50만원

제11조(만기환급금의 지급)

【1종(해지환급금미지급형, 간편고지형) 및 3종(해지환급금미지급형, 일반고지형)】

이 계약은 순수보장형 상품으로 회사는 보험수익자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

【2종(표준형, 간편고지형) 및 4종(표준형, 일반고지형)】

1 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보장성보험 공시이율∨로 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감하고 지급합니다. 또한 이 약관에 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다.

2 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

3 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급기일이 되면 지급기일 7일 이전에 지급사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 지급기일부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

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

제13조(주소변경통지)

1 계약자 및 보험수익자(보험수익자가 계약자와 다른 경우)는 주소 또는 연락처가 변경되었을 때

지체없이 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.

제14조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

[법정상속인] 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

제15조(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 동일한 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)] 2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)] 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. [상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)] 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)

1 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업] 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예:6개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함 예) 학생, 미취학아동, 무직 등 [직무] 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우

2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

3 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

4 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

5 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1

개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우

> **[유의사항]**
> 보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

2 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 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 계약을 해지할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 제24조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.

4 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

5 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제

한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제19조(사기에 의한 계약)

1 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제20조(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 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 보통약관에 따라 보장합니다.

6 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(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] (【부록】 참조)
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 보험업법 제2조(정의), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 「보험업감독규정」 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 청약을 한 날로부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 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 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 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 날"에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제22조(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. 인터넷홈페이지에서 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.

[약관의 중요한 내용]
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
· 고지의무 위반의 효과
· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해지환급금에 관한 사항
· 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

[통신판매계약]
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

2 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류] (【부록】 참조)
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조 제2호에 규정한 전자서명
3. 「전자서명법」 제2조 제3호에 규정한 공인전자서명

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제1항에 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제23조(계약의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 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 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호(【부록】 참조)에 따른 공인전자서명이 있는 경우로서 본인확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자

문서를 포함합니다)에 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. 만15세 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.

[심신상실자] 심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. **[심신박약자]** 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

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.

제24조(계약내용의 변경 등)

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

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

2 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지] 계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

4 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

6 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해지)환급금]
보험료 등의 감액시 만기(해지)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제25조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일: 1991년 10월 2일, 계약일: 2020년 4월 13일
⇒ 2020년 4월 13일 – 1991년 10월 2일 = 28년 6월 11일 = 29세

제26조(계약의 소멸)

1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

4 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

6 제1항 및 제5항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[책임준비금]
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 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.

3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 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. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 납입면제)

제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.

제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

제3절. 납입면제조항 제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정), 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정) 및 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제32조(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 있습니다. 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료

가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제38조(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.

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

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

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호(【부록】 참조)에 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 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되

었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초에 청약할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 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 제24조(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 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행]
국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.

[담보권실행]
담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

[국세 및 지방세 체납처분 절차]
국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]
계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해지환급금 관련 유의사항]

1. 1종(해지환급금미지급형, 간편고지형), 3종(해지환급금미지급형, 일반고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간 이후 계약이 해지되는 경우에는 각각 2종(표준형, 간편고지형), 4종(표준형, 일반고지형)의 해지환급금과 동일합니다.
2. 회사는 1종(해지환급금미지급형, 간편고지형), 3종(해지환급금미지급형, 일반고지형) 가입시 각각 2종(표준형, 간편고지형), 4종(표준형, 일반고지형)의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교 · 안내하여 드립니다.

2 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는

청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금을 청구한 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 "【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제39조(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 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

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

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성] 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2020년 1월 1일에 발생하였음에도 2023년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석

하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙] 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)(【부록】 참조)

제45조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료] 계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 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.

제47조(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 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]
예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제2절. 보장조항

보통약관(상해사망(간편고지)) 보장
보통약관(상해사망) 보장

※ 상기 보통약관 중에서 해당 보통약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 보장의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 보장에서 "사망"이라 함은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

2 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보장의 소멸)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며, 이 보장의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 보장에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제3절. 납입면제조항

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

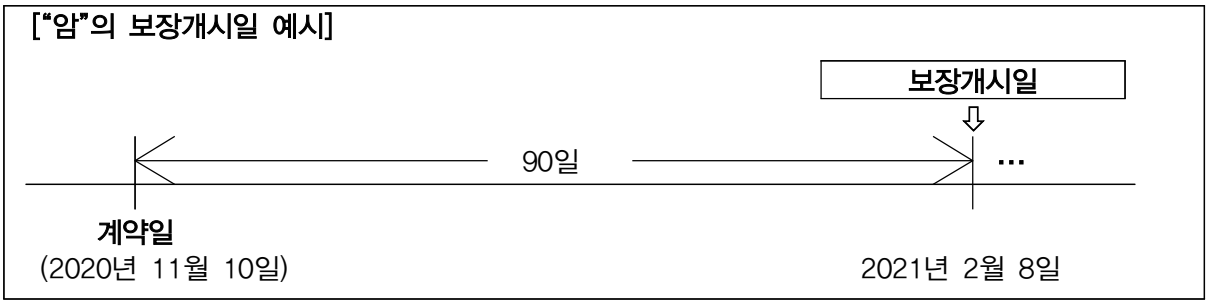
2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험료 납입기간 중 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)

1 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



2 해지계약을 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 적용합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

1 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 상해의 직접결과로서 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “상해80%이상후유장해”라 합니다)
2. 진단확정된 질병의 직접결과로서 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 된 경우(이하 “질병80%이상후유장해”라 합니다)
3. 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후 제1조(“암”의 정의 및 진단확정) 제1항 에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우
4. 제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
5. 제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정) 에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우

2 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에는 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

3 회사는 제1항에도 불구하고, 5. 독립특별약관(가족일상생활중배상책임Ⅱ(대물20만원공제)(갱신형) 특별약관) 및 자동갱신 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

5 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 제4조(“암”에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「“암”에 대한 보장개시일」 전일 이전에 제1조(“암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 「“암”에 대한

보장개시일」 이후 동일한 암(「“암”에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「“암”에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 「“암”에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「“암”에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다..

5 제2항의 ‘「“암”에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안’ 및 제4항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

제6-1조(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)

1 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

4 계약자와 회사가 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유

장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 납입면제사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 납입면제사유가 되지 않았던 장해 또는 납입면제가 되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.
[제2호 관련 예시]
보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 질병으로 인한 장해는 이 납입면제사유에 해당하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)

① 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.

④ 계약자와 회사가 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 납입면제사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 납입면제사유가 되지 않았던 장해 또는 납입면제가 되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]
보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]
보험기간 중 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 상해로 인한 장해는 이 납입면제사유에 해당하지 않으므로 장해지급률 80%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

무배당 참 편한 실속 건강보험2004 특별약관

1. 상해 관련 특별약관

1-1. 상해사망(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해사망(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 이 특별약관에서 "사망"이라 함은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

2 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-2. 상해80%이상후유장해(1804)(간편고지) 특별약관
상해80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해80%이상후유장해(1804) 특별약관
상해80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

2 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 상해 발생일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 상해 발생일부터 1년 이내

3 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을

지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시] 보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다. [제2호 관련 예시] 보험기간 중 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호 내지 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하

고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 상해80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 상해80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「"암"에 대한 보장개시일」 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안' 및 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 상해80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 상해80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장

특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

1-3. 상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해입원비(1일이상180일한도) 특별약관
상해입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-4. 상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해입원비(4일이상180일한도) 특별약관
상해입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적

으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-5. 상해수술비(간편고지) 특별약관
상해수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해수술비 특별약관
상해수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 상해수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내 · 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 상해수술비(간편고지, 갱신형), 상해수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해수술비(간편고지, 갱신형), 상해수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세

부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-6. 상해상급종합병원수술비(간편고지) 특별약관
상해상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해상급종합병원수술비 특별약관
상해상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 상해상급종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해상급종합병원수술비를 지급합니다.

3 제1항의 상급종합병원이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 규정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

2 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내 · 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 상해상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 상해상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-7. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의

사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4(【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

3 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 제1항의 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) , 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-8. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 상급종합병원이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

2 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 상해상급종합병원입원비를 계속 보장합니다.

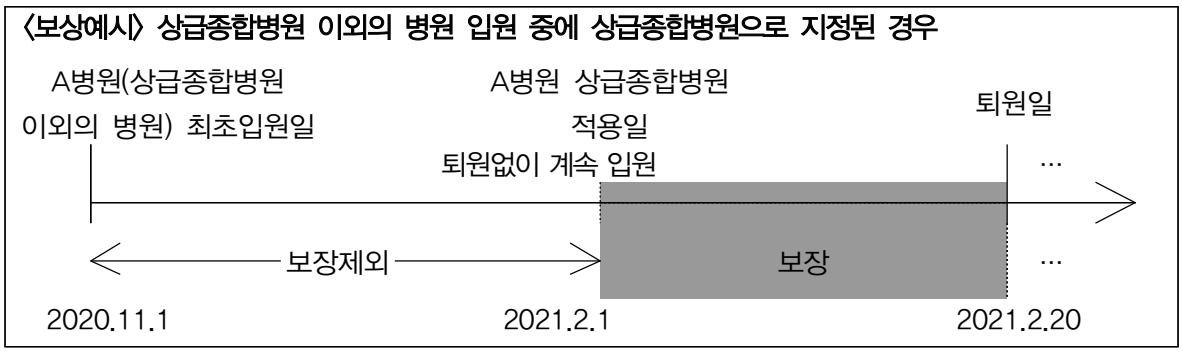
3 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 상해상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

4 제1항의 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

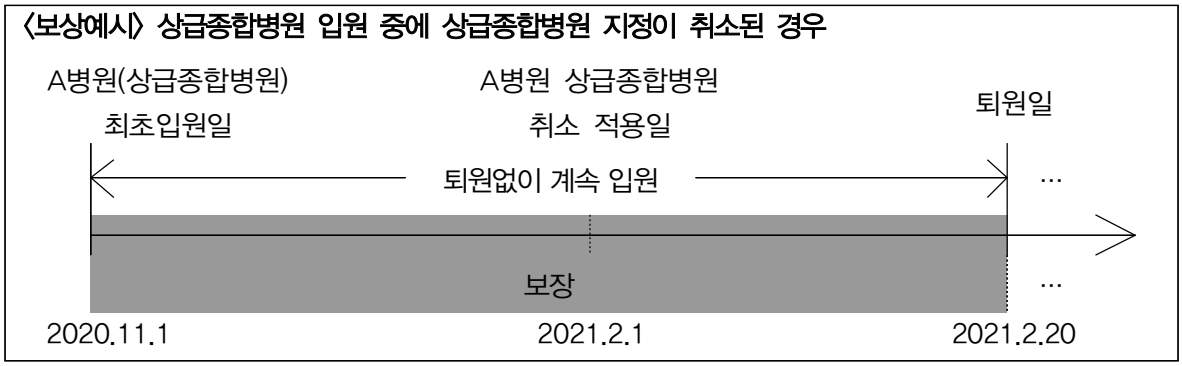
5 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

6 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



8 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원 기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



9 제7항의 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-9. 골절(치아파절 제외)진단비(간편고지) 특별약관
골절(치아파절 제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
골절(치아파절 제외)진단비 특별약관
골절(치아파절 제외)진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 골절(치아파절제외)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 골절(치아파절 제외)진단비(간편고지, 갱신형), 골절(치아파절 제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 골절(치아파절 제외)진단비(간편고지, 갱신형), 골절(치아파절 제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-10. 5대골절진단비(간편고지) 특별약관
5대골절진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
5대골절진단비 특별약관
5대골절진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 5대골절(이하 "5대골절"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험

가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 5대골절진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 5대골절진단비(간편고지, 갱신형), 5대골절진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 5대골절진단비(간편고지, 갱신형), 5대골절진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-11. 화상진단비(간편고지) 특별약관
화상진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
화상진단비 특별약관
화상진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(이하 "화상"이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 화상진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.

3 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 화상진단비(간편고지, 갱신형), 화상진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 화상진단비(간편고지, 갱신형), 화상진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-12. 골절수술비(간편고지) 특별약관
골절수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
골절수술비 특별약관
골절수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)을 입고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받은 경우에는 이

특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 골절수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
7. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 골절수술비(간편고지, 갱신형), 골절수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 골절수술비(간편고지, 갱신형), 골절수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-13. 5대골절수술비(간편고지) 특별약관
5대골절수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
5대골절수술비 특별약관
5대골절수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 5대골절(이하 "5대골절"이라 합니다)을 입고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 5대골절수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2종류 이상의 5대골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 5대골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
7. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 5대골절수술비(간편고지, 갱신형), 5대골절수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 5대골절수술비(간편고지, 갱신형), 5대골절수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-14. 화상수술비(간편고지) 특별약관
화상수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
화상수술비 특별약관
화상수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하

"의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(이하 "화상"이라 합니다)을 입고 그 치료를 직접목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

2 제1항의 화상수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 화상수술비를 지급합니다.

3 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
7. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 화상수술비(간편고지, 갱신형), 화상수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 화상수술비(간편고지, 갱신형), 화상수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-15. 상해성뇌출혈수술비(간편고지) 특별약관
상해성뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
상해성뇌출혈수술비 특별약관
상해성뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

5 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 상해성뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 상해성뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 천공술(두개골에 구멍이나 창을 내는 수술)을 시행한 경우는 수술로 인정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 상해성뇌출혈 분류표(【별표7】 참조)에서 정한 상해성뇌출혈로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해성뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보통약관 제2절. 보장조항. 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

2 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내 · 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 상해성뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 상해성뇌출혈수술비(갱신형) 특별약

관의 보험기간은 5년 만기이며 상해성뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 상해성뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-16. 자동차사고부상발생금(1-14급)(차등지급) 특별약관 자동차사고부상발생금(1-14급)(차등지급, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "자동차사고"에 의한 상해의 직접 결과로써 자동차사고 부상등급표(【별표21】 참조)에 정한 부상등급을 받은 경우에는 부상등급에 따라 아래의 지급금액을 자동차사고부상발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	1급	2급	3급	4급	5급	6급	7급	8~14급
지급금액	이 특별약관 보험가입금액의							
	100배	60배	30배	15배	8배	4배	2배	1배

2 제1항의 "자동차사고"라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.

자동차사고의 범위	피보험자가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우	피보험자가 비운전자인 경우
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 사고	보장대상	해당없음
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고	보장대상	보장대상
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차와의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고	보장대상	보장대상

3 제2항의 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

④ 제2항의 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차에 탑승(운전을 포함합니다)
2. 하역작업
3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용

③ 피보험자가 비운전자인 경우 회사는 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
   가. 자동차보험에서 보상 받은 경우 해당 자동차보험의 지급결의서(대인Ⅰ, 자손/부상등급기재 필수)
   나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
      1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원, 차량피해견적서, 차량피해사진 등)
      2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호 나. 2)의 상해등급을 판단할 수 있는 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 자동차사고부상발생금(차등급부, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2. 질병 관련 특별약관

2-1. 질병사망(간편고지) 특별약관, 질병사망(간편고지, 갱신형) 특별약관 질병사망 특별약관, 질병사망(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병사망(간편고지), 질병사망 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병사망(간편고지, 갱신형), 질병사망(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병사망(간편고지, 갱신형), 질병사망(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년

만기이며 질병사망(간편고지, 갱신형), 질병사망(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-2. 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지) 특별약관
질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병80%이상후유장해(1804) 특별약관
질병80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지), 질병80%이상후유장해(1804) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약: 질병의 진단확정일부터 2년 이내
2. 보험기간이 10년 미만인 계약: 질병의 진단확정일부터 1년 이내

③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유

장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

4 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시] 보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다. [제2호 관련 예시] 보험기간 중 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제3호 내지 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「"암"에 대한 보장개시일」 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안' 및 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에

계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(1804)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-3. 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관
질병입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지), 질병입원비(1일이상180일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

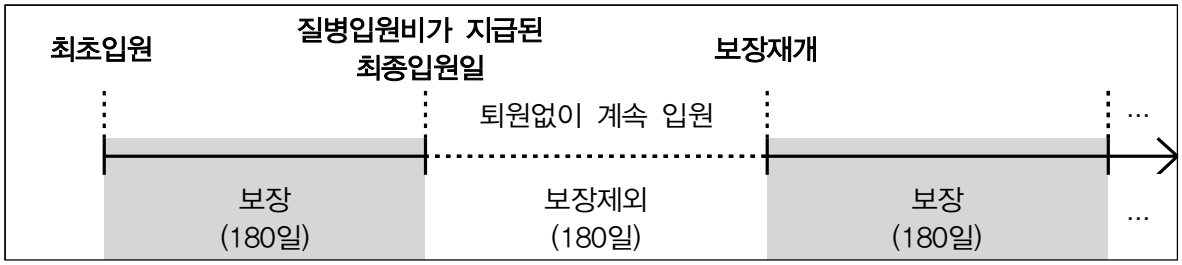
2. 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-4. 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병입원비(4일이상180일한도)
질병입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지), 질병입원비(4일이상180일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

2. 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

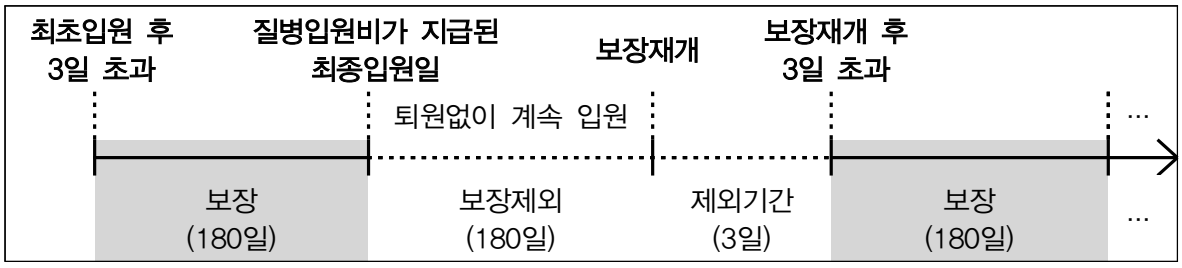
최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보

아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(4일이상180

일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(4일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-5. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관
질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관
질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지), 질병중환자실입원비(1일이상180일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

2. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

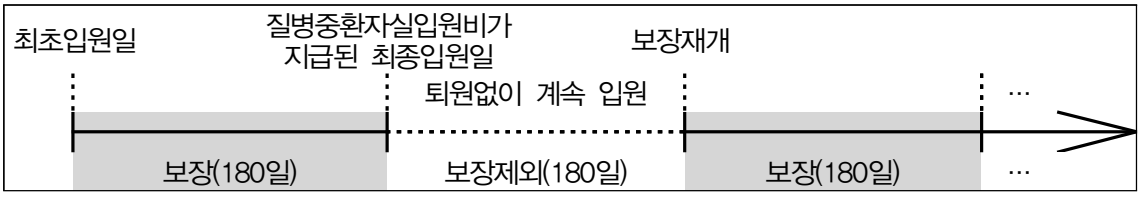
최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

2 제1항의 중환자실이라 함은 「의료법 시행규칙」 별표4(【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

4 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-6. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지) 특별약관 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지), 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

2. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형) , 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

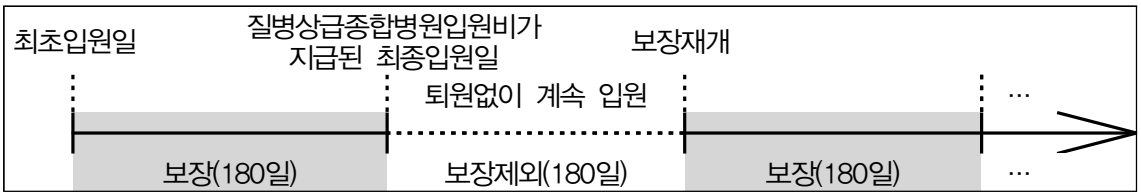
2 제1항의 상급종합병원이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 규정한 상급

종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 질병상급종합병원입원비는 계속 보장합니다.

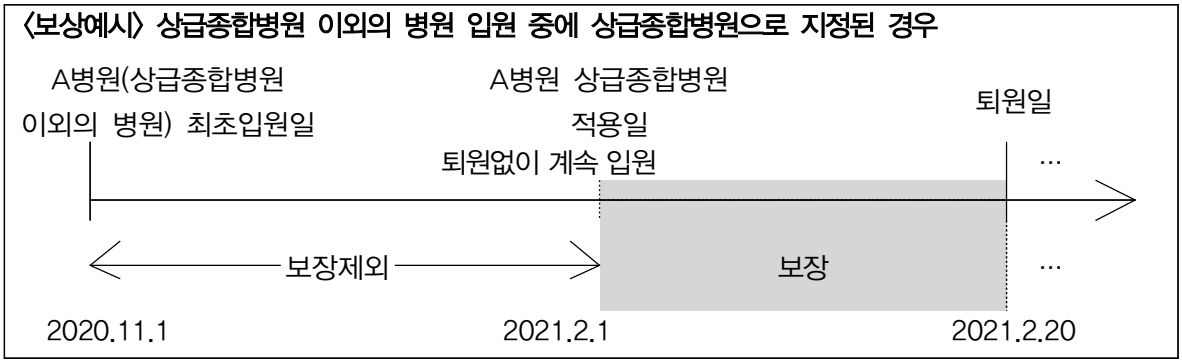
4 회사는 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 질병상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

5 제1항의 '계속입원'이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

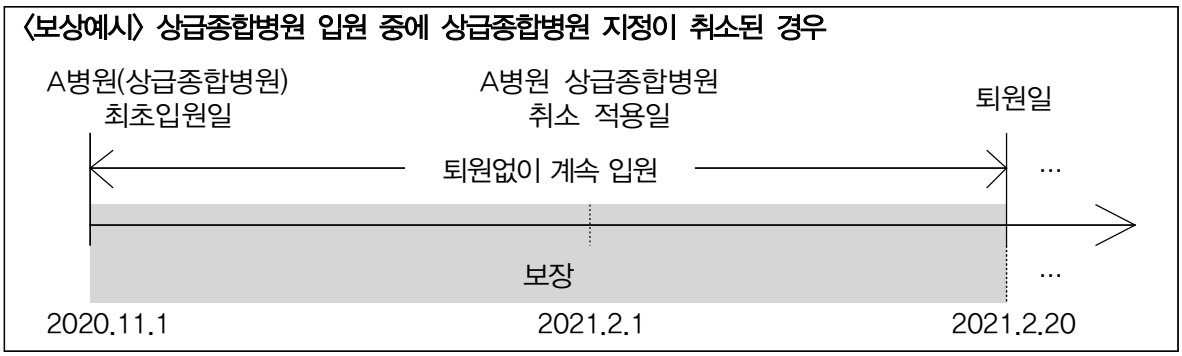
6 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

7 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

8 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



9 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원 기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.



⑩ 제8항의 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-7. 질병수술비(간편고지) 특별약관
질병수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병수술비 특별약관
질병수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제4항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병수술비(간편고지), 질병수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병수술비(간편고지, 갱신형) , 질병수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일

이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 관련 질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내 · 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의

이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다.), 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병수술비(간편고지, 갱신형), 질병수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병수술비(간편고지, 갱신형), 질병수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-8. 질병상급종합병원수술비(간편고지) 특별약관
질병상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병상급종합병원수술비 특별약관
질병상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser)

수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제4항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병상급종합병원수술비(간편고지), 질병상급종합병원수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

2 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

3 제1항의 상급종합병원이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 규정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내 · 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-9. 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지) 특별약관
질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지, 갱신형) 특별약관
질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관
질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제4항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(특정3대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병수술비(특정3대질병제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지), 질병수술비(특정3대질병제외) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지, 갱신형), 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

② 제1항의 "특정3대질병"이란 특정3대질병 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 관절염, 백내장 및 생식기질환을 말합니다.

③ 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비(특정3대질병제외)를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
   (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 관절염, 백내장 및 생식기질환(【별표24】"특정3대질병 분류표" 참조)

③ 회사는 아래 목적의 치료에 따른 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내 · 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 (【별표2】비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지, 갱신형), 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지, 갱신형), 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-10. 56대질병수술비Ⅱ(간편고지) 특별약관
56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관
56대질병수술비Ⅱ 특별약관
56대질병수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("56대질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "56대질병"이라 함은 56대질병 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 질병으로 12대질병, 19대경증질병 및 특정25대질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "56대질병"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "56대질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 보장대상이 되는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

5. 제1항 내지 제4항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "56대질병"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 아래의 금액을 56대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 56대질병수술비Ⅱ(간편고지), 56대질병수술비Ⅱ 특별약관

구 분		계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상
12대 질병	당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위・십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 결핵, 신부전, 폐렴	12대질병수술비[주1)] 보험가입금액의 50%	12대질병수술비[주1)] 보험가입금액
19대 경증 질병	갑상선 및 내분비선의 양성 신생물, 골 및 관절연골의 양성 신생물, 골다공증, 관절염, 귀경화증, 급성상기도감염, 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물, 담낭담도질환, 담석증, 사타구니탈장, 생식기질환(포경수술 제외), 소화기계통의 양성 신생물, 수막의 양성 신생물, 유방의 양성 신생물, 조직의 양성 신생물, 중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물, 중이의 진주종, 축농증, 편도염	19대경증질병수술비[주2)] 보험가입금액의 50%	19대경증질병수술비[주2)] 보험가입금액
특정 25대 질병	패혈증, 파킨슨병, 중추신경계통의 탈수초질환, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성췌장염, 췌장질환, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환(귀경화증 제외), 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 방광의 질환, 유방의 장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 안면신경장애, 단일신경병증	특정25대질병수술비[주3)] 보험가입금액의 50%	특정25대질병수술비[주3)] 보험가입금액

주1)	56대질병(12대)수술비Ⅱ(간편고지), 56대질병(12대)수술비Ⅱ
주2)	56대질병(19대경증)수술비Ⅱ(간편고지), 56대질병(19대경증)수술비Ⅱ
주3)	56대질병(특정25대)수술비Ⅱ(간편고지), 56대질병(특정25대)수술비Ⅱ

2. 56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관

구 분		최초계약		갱신계약
		계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상	
12대 질병	당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위・십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 결핵, 신부전, 폐렴	12대질병수술비[주4)] 보험가입금액의 50%	12대질병수술비[주4)] 보험가입금액	

19대 경증 질병	갑상선 및 내분비선의 양성 신생물, 골 및 관절연골의 양성 신생물, 골다공증, 관절염, 귀경화증, 급성상기도감염, 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물, 담낭담도질환, 담석증, 사타구니탈장, 생식기질환(포경수술 제외), 소화기계통의 양성 신생물, 수막의 양성 신생물, 유방의 양성 신생물, 조직의 양성 신생물, 중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물, 중이의 진주종, 축농증, 편도염	19대경증질병수술비[주5) 보험가입금액의 50%	19대경증질병수술비[주5) 보험가입금액
특정 25대 질병	패혈증, 파킨슨병, 중추신경계통의 탈수초질환, 자율신경계통의 장애, 대동맥류, 폐질환, 급성췌장염, 췌장질환, 후각특정질환, 인후부위의 특정질환, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환(귀경화증 제외), 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타 장애, 방광의 질환, 유방의 장애, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 척추변형, 안면신경장애, 단일신경병증	특정25대질병수술비[주6) 보험가입금액의 50%	특정25대질병수술비[주6) 보험가입금액

주4)	56대질병(12대)수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 56대질병(12대)수술비Ⅱ(갱신형)
주5)	56대질병(19대경증)수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 56대질병(19대경증)수술비Ⅱ(갱신형)
주6)	56대질병(특정25대)수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 56대질병(특정25대)수술비Ⅱ(갱신형)

2 제1항에도 불구하고 "56대질병" 중 "눈 관련 질환"으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

3 제1항에도 불구하고 피보험자가 받은 1회 수술의 직접적인 원인이 된 질병이 제1항의 12대질병, 19대경증질병 및 특정25대질병 중 2가지 이상에 해당되는 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 지급금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-11. 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지) 특별약관
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형) 특별약관
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한) 특별약관
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("7대기관질병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "7대기관질병"이라 함은 7대기관질병 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 질병으로 간관련질병, 심장관련질병, 신부전, 특정장질환, 뇌혈관질환, 폐질환, 담낭,담도 및 췌장질환을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "7대기관질병"의 "진단확정"은「의료법」제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

3 "7대기관질병" 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

4 "7대기관질병"의 심장관련질병 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "7대기관질병"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법」제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

5 "관혈수술"이라 함은 제6항의 "비관혈 수술"이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부를 절개하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

6 "비관혈 수술"이라 함은 "내시경수술", "카테터수술", "신의료수술"을 말합니다.

1. "내시경수술"이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, "대뇌내시경", "복강경하수술", "흉강경하수술"은 제외합니다.
2. "카테터수술"이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물주입" 과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.
3. "신의료수술"이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, "7대기관질병"의 직접치료를 목적으로 하는 "치료적 방사선 조사"를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 "도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입"과 "중심정맥관 삽입술"은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "7대기관질병"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제2조("수술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받은 경우 각 "질병구분" 당 "관혈수술", "비관혈 수술"에 대해 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 7대기관질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지), 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한) 특별약관

질병구분	수술의 종류	계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	지급 한도
간관련 질병	"관혈수술"시	간관련질병수술비[주1)] 보험가입금액의 50%	간관련질병수술비[주1)] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	간관련질병수술비[주1)] 보험가입금액의 25%	간관련질병수술비[주1)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
심장관련 질병	"관혈수술"시	심장관련질병수술비[주2)] 보험가입금액의 50%	심장관련질병수술비[주2)] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	심장관련질병수술비[주2)] 보험가입금액의 25%	심장관련질병수술비[주2)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
신부전	"관혈수술"시	신부전수술비[주3)] 보험가입금액의 50%	신부전수술비[주3)] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	신부전수술비[주3)] 보험가입금액의 25%	신부전수술비[주3)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
특정장질환	"관혈수술"시	특정장질환수술비[주4)] 보험가입금액의 50%	특정장질환수술비[주4)] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	특정장질환수술비[주4)] 보험가입금액의 25%	특정장질환수술비[주4)] 보험가입금액의 50%	연간 1회한

질병구분	수술의 종류	계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	지급 한도
뇌혈관질환	"관혈수술"시	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 50%	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 25%	뇌혈관질환수술비[주5] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
폐질환	"관혈수술"시	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 50%	폐질환수술비[주6] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 25%	폐질환수술비[주6] 보험가입금액의 50%	연간 1회한
담낭,담도 및 췌장질환	"관혈수술"시	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 50%	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주7] 보험가입금액	연간 1회한
	"비관혈수술"시	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 25%	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주7] 보험가입금액의 50%	연간 1회한

주1) 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

주2) 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

주3) 7대기관질병수술비(신부전)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(신부전)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

주4) 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

주5) 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

주6) 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(폐질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

주7) 7대기관질병수술비(담낭,담도 및 췌장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지),
7대기관질병수술비(담낭,담도 및 췌장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)

2. 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형), 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한, 갱신형) 특별약관

질병구분	수술의 종류	최초계약		갱신 계약	지급 한도
		계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상		
간관련 질병	"관혈수술"시	간관련질병수술비[주8] 보험가입금액의 50%	간관련질병수술비[주8] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	간관련질병수술비[주8] 보험가입금액의 25%	간관련질병수술비[주8] 보험가입금액의 50%		연간 1회한
심장관련 질병	"관혈수술"시	심장관련질병수술비[주9] 보험가입금액의 50%	심장관련질병수술비[주9] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	심장관련질병수술비[주9] 보험가입금액의 25%	심장관련질병수술비[주9] 보험가입금액의 50%		연간 1회한
신부전	"관혈수술"시	신부전수술비[주10] 보험가입금액의 50%	신부전수술비[주10] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	신부전수술비[주10] 보험가입금액의 25%	신부전수술비[주10] 보험가입금액의 50%		연간 1회한

질병구분	수술의 종류	최초계약		갱신계약	지급한도
		계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상		
특정장질환	"관혈수술"시	특정장질환수술비[주11] 보험가입금액의 50%	특정장질환수술비[주11] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	특정장질환수술비[주11] 보험가입금액의 25%	특정장질환수술비[주11] 보험가입금액의 50%		연간 1회한
뇌혈관질환	"관혈수술"시	뇌혈관질환수술비[주12] 보험가입금액의 50%	뇌혈관질환수술비[주12] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	뇌혈관질환수술비[주12] 보험가입금액의 25%	뇌혈관질환수술비[주12] 보험가입금액의 50%		연간 1회한
폐질환	"관혈수술"시	폐질환수술비[주13] 보험가입금액의 50%	폐질환수술비[주13] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	폐질환수술비[주13] 보험가입금액의 25%	폐질환수술비[주13] 보험가입금액의 50%		연간 1회한
담낭,담도 및 췌장질환	"관혈수술"시	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주14] 보험가입금액의 50%	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주14] 보험가입금액		연간 1회한
	"비관혈수술"시	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주14] 보험가입금액의 25%	담낭,담도 및 췌장질환수술비[주14] 보험가입금액의 50%		연간 1회한

주8) 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

주9) 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

주10) 7대기관질병수술비(신부전)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(신부전)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

주11) 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

주12) 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

주13) 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(폐질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

주14) 7대기관질병수술비(담낭,담도 및 췌장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형),
7대기관질병수술비(담낭,담도 및 췌장질환)(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형)

2 제1항의 "질병구분" 은 7대기관질병 분류표(【별표19】 참조)의 질병구분을 기준으로 합니다.

3 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 각 "질병구분"의 "관혈수술" 또는 "비관혈 수술"을 받은날로 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형), 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형), 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-12. 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지) 특별약관
3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
3대안과질환수술비(연간1회한) 특별약관
3대안과질환수술비(연간1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("3대안과질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "3대안과질환"이라 함은 3대안과질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "3대안과질환"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "3대안과질환"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 "3대안과질환"으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

5 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제4항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "3대안과질환"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 3대안과질환수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지), 3대안과질환수술비(연간1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

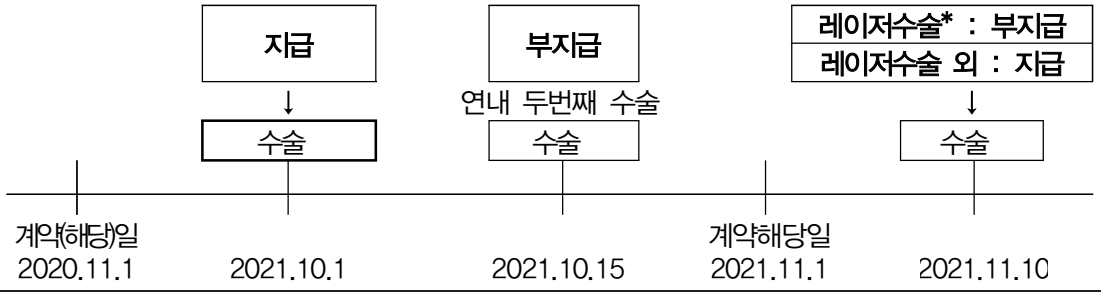
2. 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지, 갱신형), 3대안과질환수술비(연간1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 "3대안과질환" 수술을 받은날로 합니다.

3 제1항에도 불구하고 "3대안과질환" 으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

[보험금 지급예시]



제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지, 갱신형), 3대안과질환수술비(연간1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지, 갱신형), 3대안과질환수술비(연간1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-13. 암(4대유사암제외)진단비(간편고지) 특별약관
암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
암(4대유사암제외)진단비 특별약관
암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)진단비(간편고지), 암(4대유사암제외)진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제2호, 제4호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제6조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에

는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

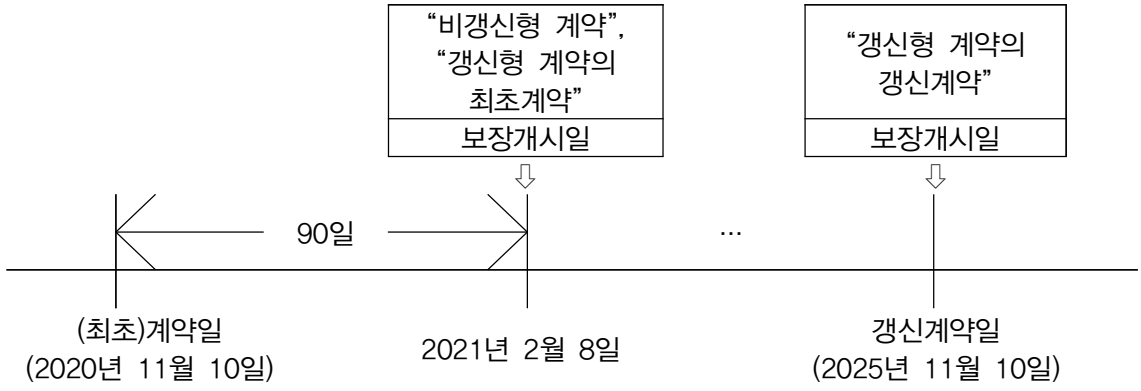
5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)진단비(갱신

형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-14. 4대유사암진단비(간편고지) 특별약관
4대유사암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
4대유사암진단비 특별약관
4대유사암진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("4대유사암" 의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 제2항에서 정한 "기타피부암", 제3항에서 정한 "갑상선암", 제5항에서 정한 "제자리암" 및 제6항에서 정한 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

4 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

6 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

7 "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로

하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "4대유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "4대유사암"으로 진단이 확정된 경우에는 세부 보장별("기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양")로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 4대유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 4대유사암진단비(간편고지), 4대유사암진단비 특별약관

보장명	지급사유	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상
기타피부암진단비[주1)]	"기타피부암"으로 진단확정시	기타피부암진단비 보험가입금액의 50%	기타피부암진단비의 보험가입금액
갑상선암진단비[주2)]	"갑상선암"으로 진단확정시	갑상선암진단비 보험가입금액의 50%	갑상선암진단비의 보험가입금액
제자리암진단비[주3)]	"제자리암"으로 진단확정시	제자리암진단비 보험가입금액의 50%	제자리암진단비의 보험가입금액
경계성종양진단비[주4)]	"경계성종양"으로 진단확정시	경계성종양진단비 보험가입금액의 50%	경계성종양진단비의 보험가입금액

주1) 4대유사암진단비(기타피부암)(간편고지), 4대유사암진단비(기타피부암)
주2) 4대유사암진단비(갑상선암)(간편고지), 4대유사암진단비(갑상선암)
주3) 4대유사암진단비(제자리암)(간편고지), 4대유사암진단비(제자리암)
주4) 4대유사암진단비(경계성종양)(간편고지), 4대유사암진단비(경계성종양)

2. 4대유사암진단비(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관

보장명	지급사유	최초계약		갱신계약
		계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상	
기타피부암진단비[주5)]	"기타피부암"으로 진단확정시	기타피부암진단비 보험가입금액의 50%	기타피부암진단비의 보험가입금액	
갑상선암진단비[주6)]	"갑상선암"으로 진단확정시	갑상선암진단비 보험가입금액의 50%	갑상선암진단비의 보험가입금액	
제자리암진단비[주7)]	"제자리암"으로 진단확정시	제자리암진단비 보험가입금액의 50%	제자리암진단비의 보험가입금액	
경계성종양진단비[주8)]	"경계성종양"으로 진단확정시	경계성종양진단비 보험가입금액의 50%	경계성종양진단비의 보험가입금액	

주5) 4대유사암진단비(기타피부암)(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(기타피부암)(갱신형)
주6) 4대유사암진단비(갑상선암)(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(갑상선암)(갱신형)
주7) 4대유사암진단비(제자리암)(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(제자리암)(갱신형)
주8) 4대유사암진단비(경계성종양)(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(경계성종양)(갱신형)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "4대유사암"을 직접적인 원인으로

사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 4대유사암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 4대유사암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비, 경계성종양진단비의 소멸사유는 아래와 같으며, 회사는 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.

보장명	소멸사유
기타피부암진단비	기타피부암진단비 지급사유가 발생한 경우
갑상선암진단비	갑상선암진단비 지급사유가 발생한 경우
제자리암진단비	제자리암진단비 지급사유가 발생한 경우
경계성종양진단비	경계성종양진단비 지급사유가 발생한 경우

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다..

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 4대유사암진단비(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 4대유사암진단비(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-15. 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지) 특별약관
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비 특별약관
암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암(특정소액암 및 4대유사암제외)"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 제2항에서 정한 "특정소액암"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "특정소액암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에 있어서 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

3 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

4 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

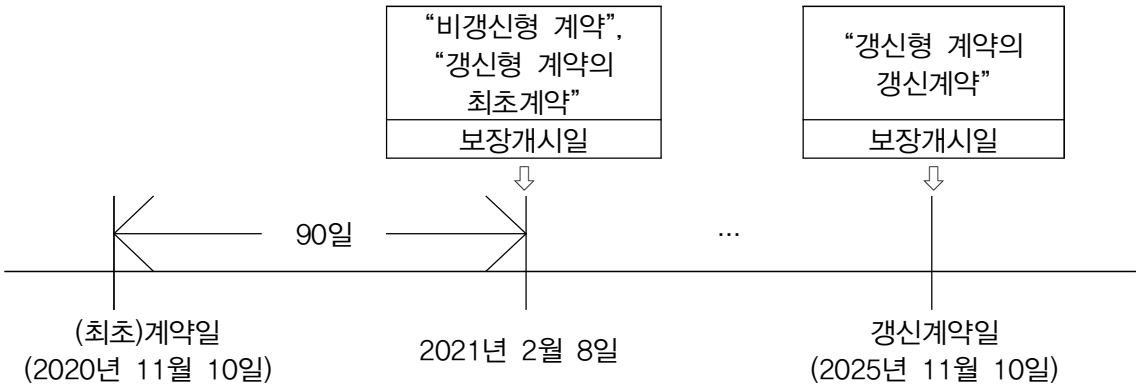
3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["암(특정소액암 및 4대유사암제외)"의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암(특정소액암 및 4대유사암제외)"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-16. 10대고액치료비암진단비(간편고지) 특별약관
10대고액치료비암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
10대고액치료비암진단비 특별약관
10대고액치료비암진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("10대고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "10대고액치료비암"이라 함은 10대고액치료비암 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

2 "10대고액치료비암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "10대고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "10대고액치료비암"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 10대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 10대고액치료비암진단비(간편고지), 10대고액치료비암진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 10대고액치료비암진단비(간편고지, 갱신형), 10대고액치료비암진단비(갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "10대고액치료비암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 10대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 10대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "10대고액치료비암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대고액치료비암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

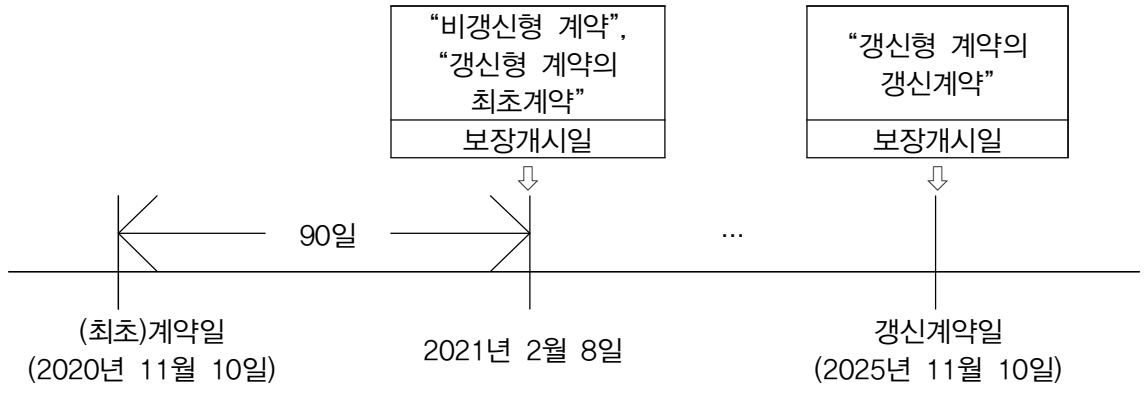
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "10대고액치료비암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "10대고액치료비암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["10대고액치료비암"의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "10대고액치료비암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 10대고액치료비암진단비(간편고지, 갱신형), 10대고액치료비암진단비(갱신

형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 10대고액치료비암진단비(간편고지, 갱신형), 10대고액치료비암진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-17. 특정소액암진단비(간편고지) 특별약관
특정소액암진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
특정소액암진단비 특별약관
특정소액암진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("특정소액암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정소액암"이라 함은 아래의 악성신생물로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행)에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"인 경우는 제외합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 자궁경부의 악성 신생물	C53
3. 자궁체부의 악성 신생물	C54
4. 전립선의 악성 신생물	C61
5. 방광의 악성 신생물	C67

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

2 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "특정소액암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검

사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "특정소액암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "특정소액암"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정소액암 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 특정소액암진단비(간편고지), 특정소액암진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 특정소액암진단비(간편고지, 갱신형), 특정소액암진단비(갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "특정소액암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정소액암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 특정소액암진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "특정소액암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정소액암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

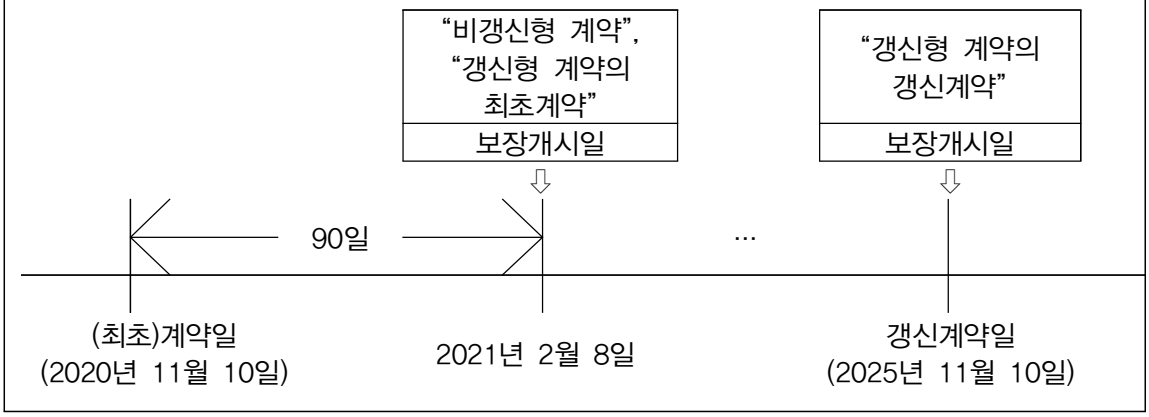
3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "특정소액암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
단, 갱신계약의 "특정소액암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["특정소액암"의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "특정소액암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 특정소액암진단비(간편고지, 갱신형), 특정소액암진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 특정소액암진단비(간편고지, 갱신형), 특정소액암진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-18. 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도) 특별약관
암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

4 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "경계성종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "암 등의 질병"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "암 등의 질병"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암 등의 질병"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "암 등의 질병"으로 진단된 경우에 이는 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조("암 등의 질병의 직접적인 치료"의 정의)

1 "암 등의 질병의 직접적인 치료"라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암의 제거 및 증식 억제 치료"라 합니다)를 말합니다.

2 "암 등의 질병의 직접적인 치료"에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

3 "암 등의 질병의 직접적인 치료"에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 "암 등의 질병의 직접적인 치료"로 봅니다.

1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
2. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. "암의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암 등의 질병"으로 진단이 확정되고 그 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

1. 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
"암"으로 입원시	–	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%

2. 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

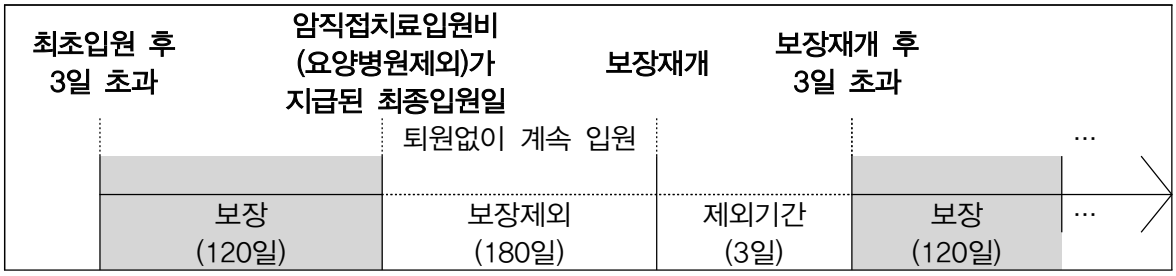
구 분	최초계약			갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
"암"으로 입원시	–	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액	
"갑상선암"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 동일한 "암 등의 질병"에 대한 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 "암 등의 질병"에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "암 등의 질병"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "암 등의 질병"에 대한 "암 등의 질병의 직접적인 치료"를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제6조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 "암 등의 질병"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제6조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원비(요양병원제외)는 계속 보장합니다.

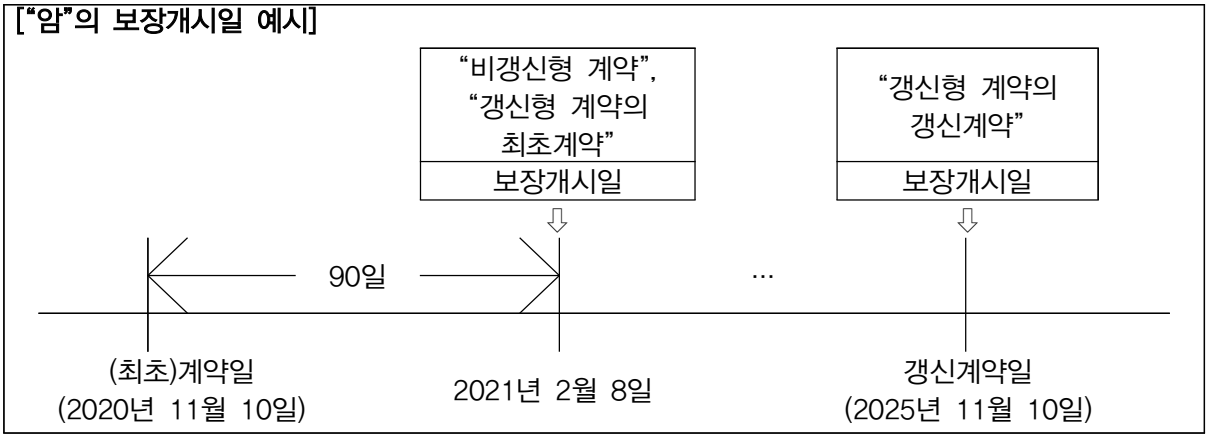
5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.
2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
1. "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암," "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-19. 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지) 특별약관 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도) 특별약관 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
2 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
3 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
4 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호

C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

2 "경계성종양"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조("입원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암", "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 또는 "경계성종양"(이하 "암 등의 질병"이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 "입원"이란 의사에 의해 "암 등의 질병"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "암 등의 질병"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암 등의 질병"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "암 등의 질병"으로 진단된 경우에 이는 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암 등의 질병"으로 진단이 확정되고 그 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 요양병원에 4

일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.

1. 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
"암"으로 입원시	–	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액
"갑상선암"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%

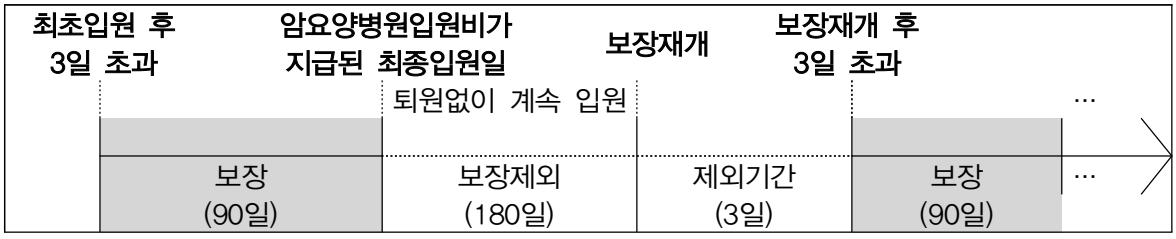
2. 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지, 갱신형), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약			갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
"암"으로 입원시	–	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액	
"갑상선암"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 입원시	3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		3일 초과 입원1일당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

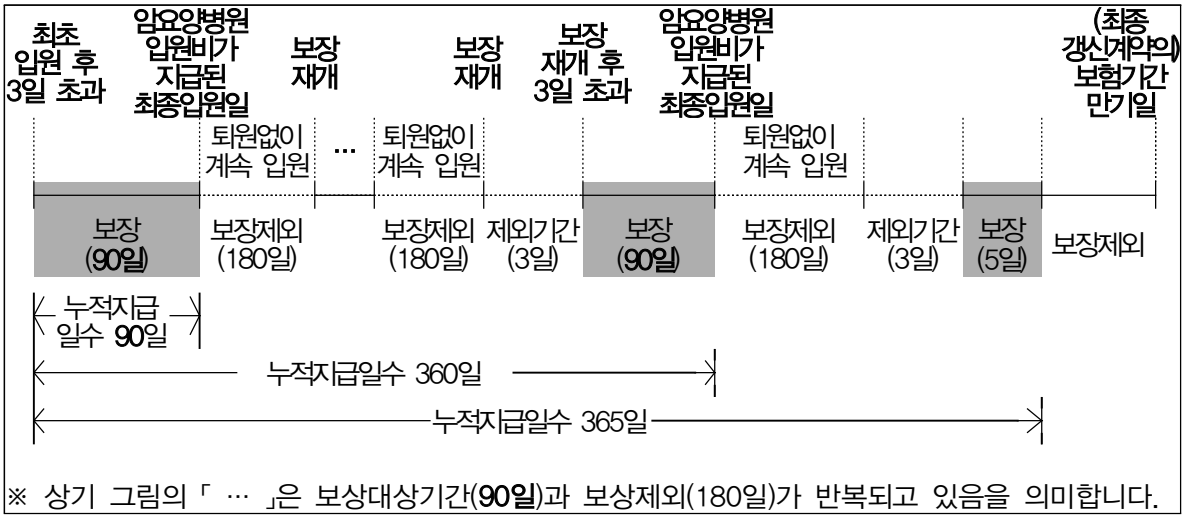
1 피보험자가 동일한 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 "암 등의 질병"에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "암 등의 질병"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "암 등의 질병"의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 "암 등의 질병"으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원비의 누적 지급일수(이하 "누적 지급일수"라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만기일(갱신형 특별약관의 경우 최종 갱신계약의 보험기간 만기일)까지 동일한 "암 등의 질병"으로 인한 암요양병원입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 "암 등의 질병"이 완치된 이후에 해당 "암 등의 질병"을 다시 진단받는 경우에는 동일한 "암 등의 질병"으로 보지 않습니다.



※ 상기 그림의 「 … 」은 보상대상기간(**90일**)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

5 제5조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 "암 등의 질병"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 암요양병원입원비는 계속 보장합니다.

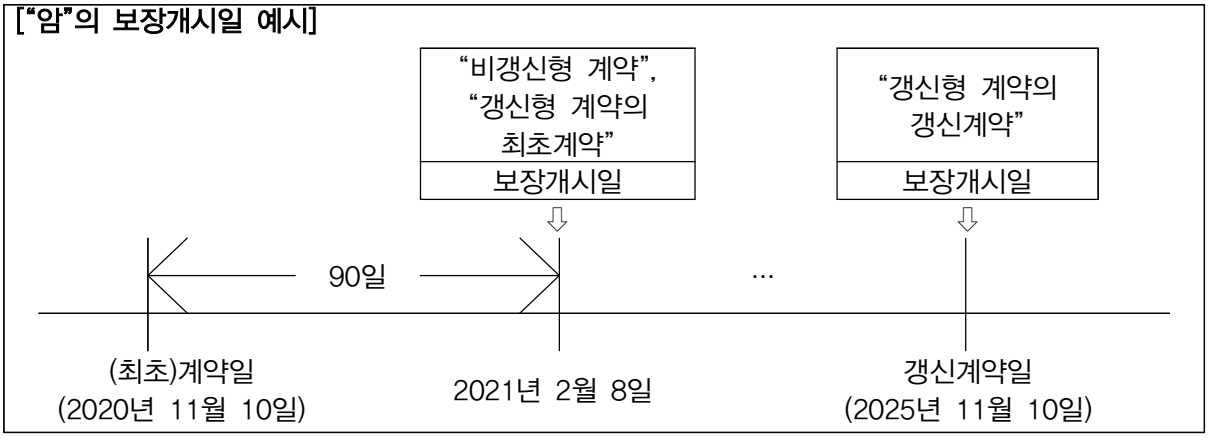
6 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



2 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암," "기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지, 갱신형), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지, 갱신형), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-20. 암수술비Ⅱ(간편고지) 특별약관
암수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관
암수술비Ⅱ 특별약관
암수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암" 등의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.

2 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

3 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

4 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제3조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”(이하

"암 등의 질병"이라 합니다)의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
6. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"

5 제4항 제6호의 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 "암 등의 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제6호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암 등의 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암 등의 질병"으로 진단이 확정되고 "암 등의 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암수술비Ⅱ(간편고지), 암수술비Ⅱ 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
"암"으로 수술시	–	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액
"갑상선암"으로 수술시	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 20%
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 수술시	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%

2. 암수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 암수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관

구 분	최초계약			갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
"암"으로 수술시	–	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	
"갑상선암"으로 수술시	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 20%	
"기타피부암", "제자리암" 또는 "경계성종양"으로 수술시	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 5%		수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

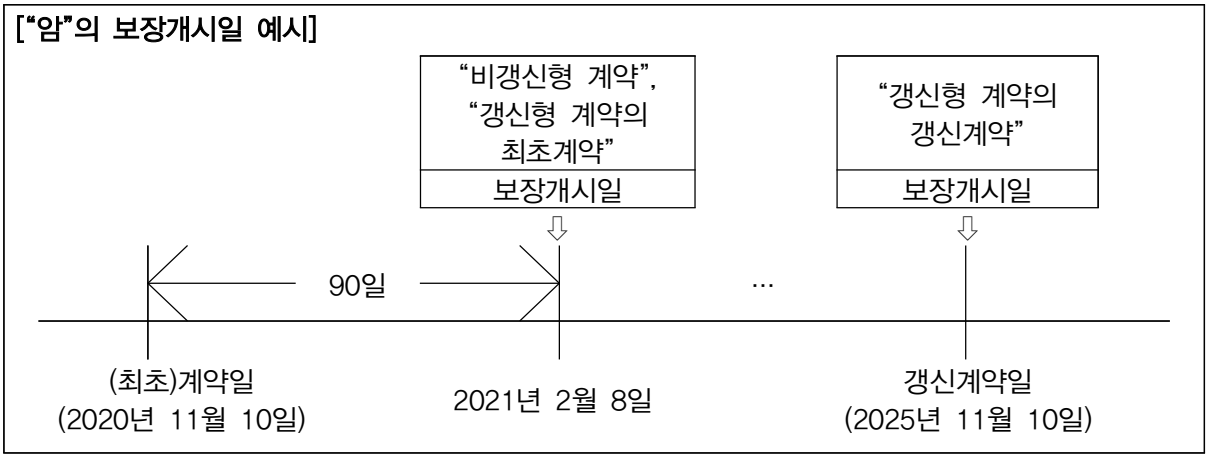
항암방사선치료 및 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



② "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "갑상선암, 기타피부암", "제자리암" 및 "경계성종양"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 암수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 암수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 암수술비Ⅱ(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-21. 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지) 특별약관
암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관
암(4대유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호

C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)
6. "항암방사선치료" 및 "항암약물치료"

5 제4항 제6호의 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

6 제4항 제6호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단이 확정되고 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비(1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지), 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

항암방사선치료 및 항암약물치료는 암(4대유사암제외)수술비(1회한)가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)수술비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

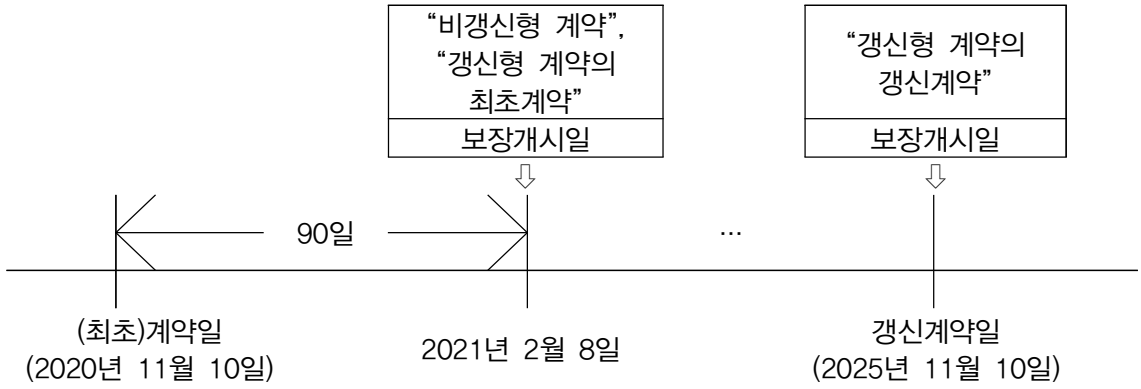
3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출

이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-22. 항암방사선치료비(1회한, 간편고지) 특별약관
항암방사선치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
항암방사선치료비(1회한) 특별약관
항암방사선치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 항암방사선치료비(1회한, 간편고지), 항암방사선치료비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 항암방사선치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암방사선치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

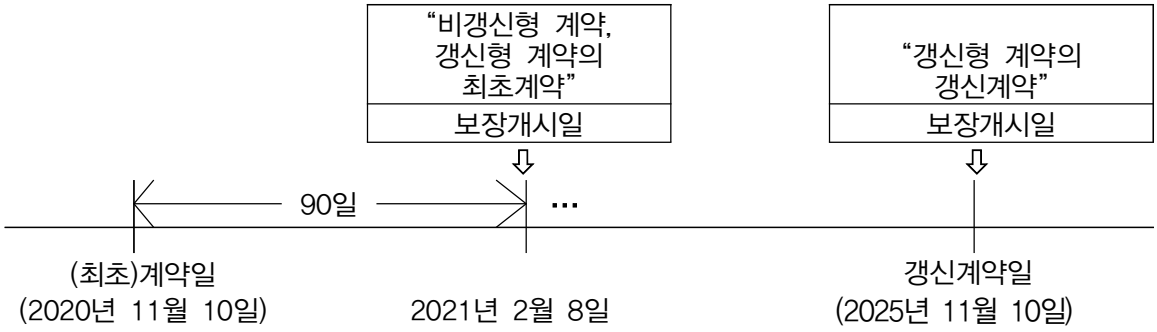
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 항암방사선치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암방사선치료비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 항암방사선치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암방

사선치료비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-23. 항암약물치료비(1회한, 간편고지) 특별약관
항암약물치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
항암약물치료비(1회한) 특별약관
항암약물치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 항암약물치료비(1회한, 간편고지), 항암약물치료비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
90일 이하	90일 초과	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 항암약물치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암약물치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 지급사유)에서 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]
의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다)

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

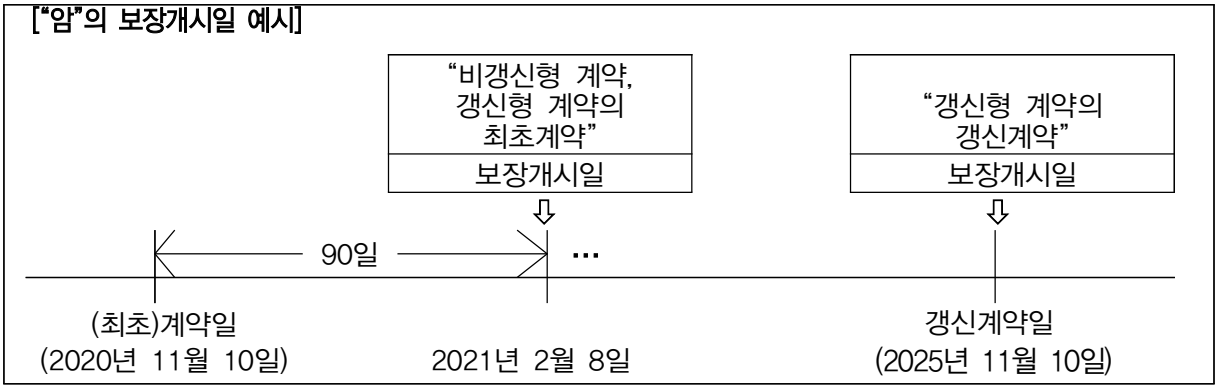
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 항암약물치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암약물치료비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 항암약물치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암약물치료비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-24. 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지) 특별약관
항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지, 갱신형) 특별약관
항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여) 특별약관
항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암

으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병 · 사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조("급여 항암방사선치료" 및 "급여 항암약물치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "급여 항암방사선치료"라 함은 급여 항암방사선치료 분류표(【별표25】참조)에 해당하는 진료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 항암방사선치료 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암방사선치료 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암방사선치료 인정기준" 을 따릅니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암방사선치료 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 진료행위 외에 "급여 항암방사선치료 인정기준"에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

4 제1항의 항암방사선치료라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

5 이 특별약관에서 "급여 항암약물"라 함은 급여 항암약물 분류표(【별표26】참조)에 해당하는 약제(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한하며, 이하 "급여 항암약물 인정기준"이라 합니다)를 말합니다.

6 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 항암약물 인정기준"이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 항암약물 인정기준"을 따릅니다.

7 제5항 및 제6항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표(【별표26】참조)에 해당하는 약제 외에 "급여 항암약물 인정기준"에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

8 이 특별약관에서 "급여 항암약물치료"라 함은 "급여 항암약물"을 투여하는 것을 말합니다.

9 제8항의 항암약물치료라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 "암"의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법] 의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "급여 항암방사선치료" 또는 "급여 항암약물치료"를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

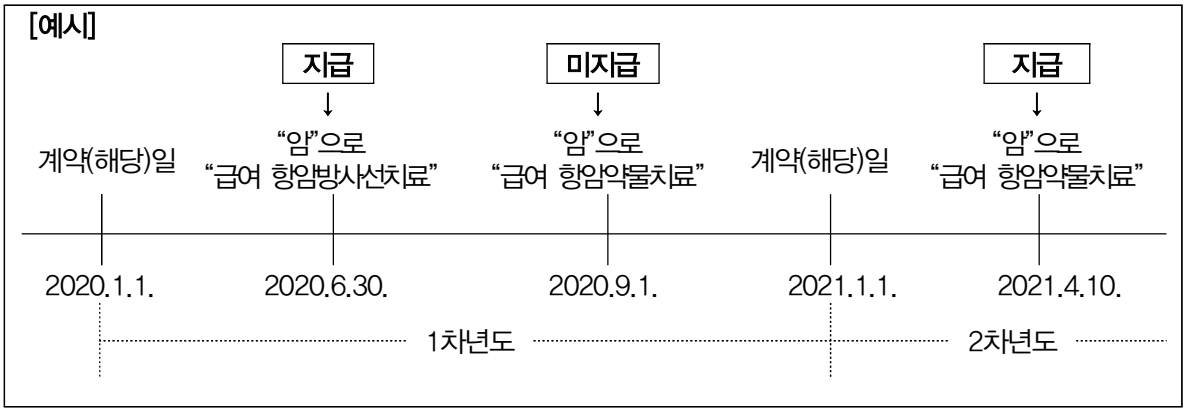
1. 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(간편고지), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	지급 한도
90일 이하	90일 초과		
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	연간 1회한

2. 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(간편고지, 갱신형), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약	지급 한도
계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상		
90일 이하	90일 초과			
–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액		연간 1회한

2 제1항의 "연간"이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 "급여 항암방사선" 또는 "급여 항암약물치료"를 받은 날로 합니다.

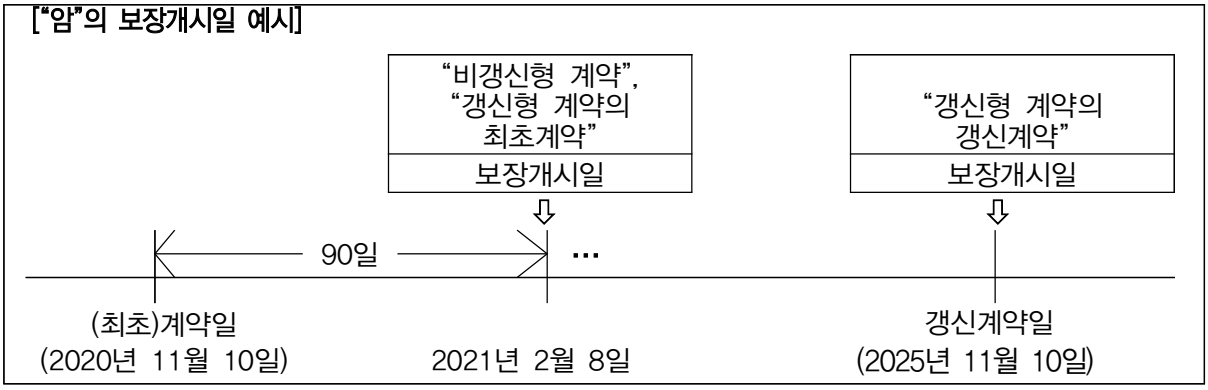


제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에서 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "암"의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지, 갱신형) , 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 간편고지, 갱신형), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-25. 뇌혈관질환진단비(간편고지) 특별약관
뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌혈관질환진단비 특별약관
뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원,

의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌혈관질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환진단비(간편고지), 뇌혈관질환진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌혈관질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료

납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「"암"에 대한 보장개시일」 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안' 및 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-26. 뇌혈관질환수술비(간편고지) 특별약관
뇌혈관질환수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌혈관질환수술비 특별약관
뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌혈관질환"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌혈관질환"으로 진단이 확정되고 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비(간편고지), 뇌혈관질환수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌혈관질환수술비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환수술비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌혈관질환수술비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-27. 뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지) 특별약관
뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관
뇌혈관질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌혈관질환"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌혈관질환"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌혈관질환"으로 진단이 확정되고 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지), 뇌혈관질환수술비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환수술비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌혈관질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-28. 뇌졸중진단비(간편고지) 특별약관
뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중진단비 특별약관
뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌졸중진단비(간편고지), 뇌졸중진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌졸중"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비

금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「"암"에 대한 보장개시일」 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안' 및 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약

일로 합니다.

⑦ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

⑧ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-29. 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관
뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관
뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

② "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌졸중"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤

란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "뇌졸중"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "뇌졸중"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "뇌졸중"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "뇌졸중"으로 진단된 경우에 이는 "뇌졸중"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단이 확정되고 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 아래의 금액을 뇌졸중직접치료입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 뇌졸중직접치료입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

1. 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지), 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

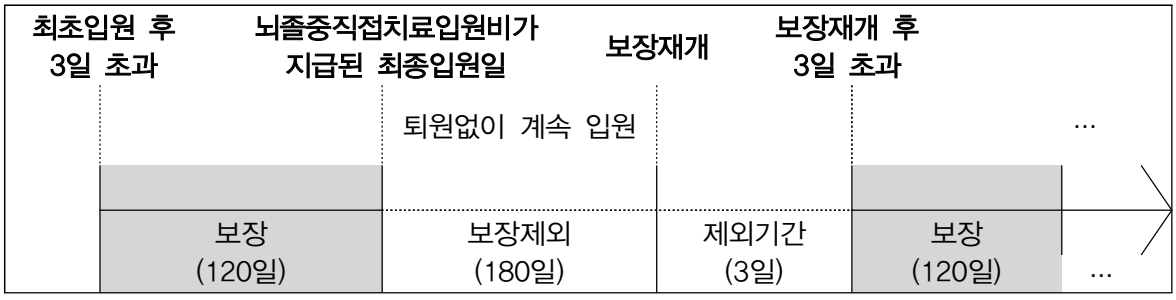
2. 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 "뇌졸중"에 대한 입원이라도 뇌졸중직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌졸중직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌졸중직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "뇌졸중"으로 계속하여 입원하

는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다

4 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌졸중직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-30. 뇌졸중수술비(간편고지) 특별약관
뇌졸중수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중수술비 특별약관
뇌졸중수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌졸중"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내

는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단이 확정되고 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술1회당 아래의 금액을 뇌졸중수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌졸중수술비(간편고지), 뇌졸중수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌졸중수술비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌졸중수술비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌졸중수술비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세

부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-31. 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지) 특별약관
뇌졸중수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌졸중수술비(1회한) 특별약관
뇌졸중수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌졸중"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌졸중"으로 진단이 확정되고 "뇌졸중"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지), 뇌졸중수술비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중수술비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-32. 뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관
뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈진단비 특별약관
뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌출혈"로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈진단비(간편고지), 뇌출혈진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비

금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-33. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌출혈"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니

다.

2 이 특별약관에서 “뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “뇌출혈”로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “뇌출혈”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌출혈”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “뇌출혈”로 진단된 경우에 이는 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 “뇌출혈”로 진단이 확정되고 “뇌출혈”의 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 아래의 금액을 뇌출혈직접치료입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 뇌출혈직접치료입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

1. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

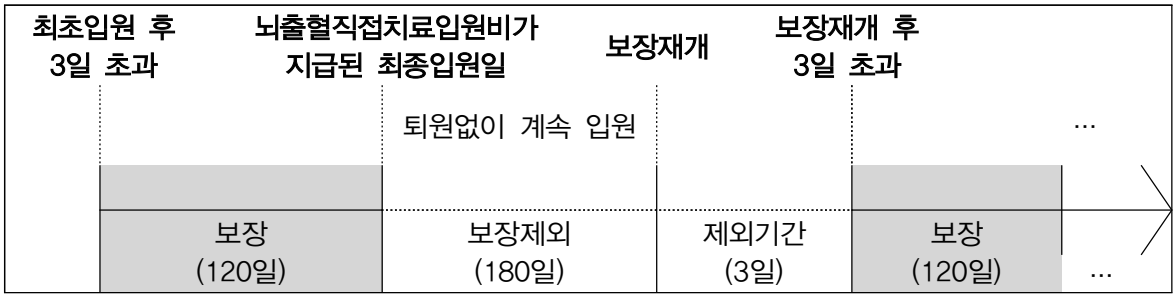
2. 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 “뇌출혈”에 대한 입원이라도 뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 뇌출혈직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



3 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 “뇌출혈”로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “뇌출혈”의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다

4 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하

기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 뇌출혈직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-34. 뇌출혈수술비(간편고지) 특별약관
뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈수술비 특별약관
뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌출혈"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에

절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌출혈"로 진단이 확정되고 "뇌출혈"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술1회당 아래의 금액을 뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈수술비(간편고지), 뇌출혈수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-35. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지) 특별약관
뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌출혈수술비(1회한) 특별약관
뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌출혈"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "뇌출혈"로 진단이 확정되고 "뇌출혈"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지), 뇌출혈수술비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈수술비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-36. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지) 특별약관
뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관
뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌경색증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

대 상 질 병	분류번호
뇌경색증	I63

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

2 "뇌경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "뇌경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "뇌경색증"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지), 뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-37. 허혈성심장질환진단비(간편고지) 특별약관
허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
허혈성심장질환진단비 특별약관
허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "허혈성심장질환"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환진단비(간편고지), 허혈성심장질환진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "허혈성심장질환"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「"암"에 대한 보장개시일」 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안' 및 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-38. 허혈성심장질환수술비(간편고지) 특별약관
허혈성심장질환수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
허혈성심장질환수술비 특별약관
허혈성심장질환수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하

"의사"라 합니다)에 의하여 "허혈성심장질환"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단이 확정되고 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환수술비(간편고지), 허혈성심장질환수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 허혈성심장질환수술비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환수술비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 허혈성심장질환수술비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-39. 허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지) 특별약관
허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관
허혈성심장질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "허혈성심장질환"이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표16】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "허혈성심장질환"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "허혈성심장질환"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단이 확정되고 "허혈성심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지), 허혈성심장질환수술비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환수술비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 허혈성심장질환수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-40. 급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관
급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증진단비 특별약관
급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증진단비(간편고지), 급성심근경색증진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 "급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 보장개시)에서 정한 「"암"에 대한 보장개시일」 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

5 제2항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안' 및 제4항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-41. 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("입원"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "급성심근경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "급성심근경색증"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "급성심근경색증"의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "급성심근경색증"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "급성심근경색증"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "급성심근경색증"으로 진단된 경우에 이는 "급성심근경색증"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되고 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 아래의 금액을 급성심근경색증직접치료입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 급성심근경색증직접치료입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

1. 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	3일 초과 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 동일한 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

2 제1항에도 불구하고 동일한 "급성심근경색증"에 대한 입원이라도 급성심근경색증직접치료입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 급성심근경색증직접치료입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 급성심근경색증직접치료입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

3 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 "급성심근경색증"으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

4 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

5 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 급성심근경색증직접치료입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편심사, 갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-42. 급성심근경색증수술비(간편고지) 특별약관
급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증수술비 특별약관
급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내

의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "급성심근경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

> **[신의료기술평가위원회]**
> 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되고 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증수술비(간편고지), 급성심근경색증수술비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에

계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-43. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지) 특별약관
급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관
급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "급성심근경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한

것에 한합니다.

④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단이 확정되고 "급성심근경색증"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증수술비(1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지), 급성심근경색증수술비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증수술비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-44. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지) 특별약관 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("특정급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "특정급성심근경색증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

대 상 질 병	분류번호
급성심근경색증	I21

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

2 "특정급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("혈전용해치료"의 정의)

1 이 특별약관에서 "혈전용해치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "특정급성심근경색증"의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

2 제1항의 "혈전용해제"라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

3 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "특정급성심근경색증"으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지), 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액

2. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	

제4조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정급성심근경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-45. 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지) 특별약관
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형) 특별약관
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한) 특별약관
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.

2 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 "분류번호 C77~C80"의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌졸중"이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "뇌졸중"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌졸중"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "급성심근경색증"이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한

질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

2 "급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 "급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 3대질병("암", "뇌졸중", "급성심근경색증") 중 어느 하나에 해당하는 질병으로 진단확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상
	90일 이하	90일 초과	
"암"으로 진단확정시	–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액
"뇌졸중"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액
"급성심근경색증"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액

2. 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약			갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년 미만		계약일부터 경과기간 1년 이상	
	90일 이하	90일 초과		
"암"으로 진단확정시	–	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액	
"뇌졸중"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액	
"급성심근경색증"으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관 보험가입금액	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는

이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 동일한 암(「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일로부터 「"암"에 대한 보장개시일」 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「"암"에 대한 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.

4 제3항의 '「"암"에 대한 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우에는 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.

6 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 3대질병("암", "뇌졸중", "급성심근경색증")을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2 제1항에도 불구하고 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형) 특별약

관에 대해서는 해당 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

3 회사는 상해로 인하여 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

4 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

2 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

3 제2항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.

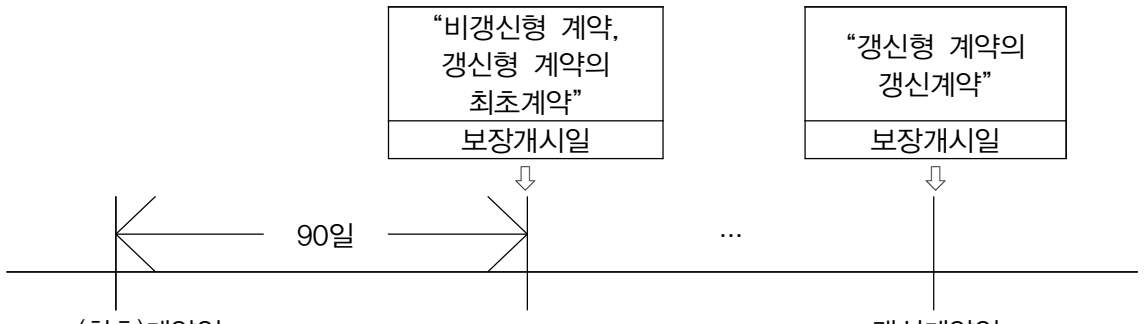
5 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-1조("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

6 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)에 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6-2조("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제9조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "암"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



2 "뇌졸중", "급성심근경색증"에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "암"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2. "뇌졸중", "급성심근경색증"의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-46. 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지) 특별약관
계속암(재진단암)진단비Ⅱ 특별약관
계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관
계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("첫번째암" 및 "재진단암"의 정의 및 진단확정)

1 "첫번째암" 및 "재진단암"은 악성신생물 분류표(【별표8】 참조)에서 다음을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암(前癌)상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

[“첫번째암” 및 “재진단암”에서 제외되는 악성신생물]

“첫번째암”에서 제외되는 악성신생물	“재진단암”에서 제외되는 악성신생물
C44(기타 피부의 악성신생물) C73(갑상선의 악성신생물) –	C44(기타 피부의 악성신생물) C73(갑상선의 악성신생물) C61(전립선의 악성신생물)

2 이 특별약관에서 “재진단암”이라 함은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

[재진단암의 세부 정의]

1. 새로운 원발암: 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 암
2. 전이암: 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암
3. 재발암: “첫번째암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 경우
4. 잔여암: 보장개시일 이후 발생한 “첫번째암” 및 “재진단암”의 진단 부위에 암세포가 남아 있는 경우.

단, “첫번째암”이 C61(전립선의 악성신생물)인 경우, 2년 후 “재진단암” 보장을 개시하되 전립선암에 대한 계속암(재진단암)진단비는 지급하지 않습니다.

“첫번째암”(전립선암) 진단	“재진단암” 보장개시	
	2년(면책)	전립선암 진단시 면책

3 한국표준질병·사인분류의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표(【별표9】 참조)의 “분류번호 C77~C80”의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

4 “첫번째암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 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. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “첫번째암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

5 “재진단암”의 “진단확정”은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 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. 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존

이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

제2조(항암방사선치료 등의 정의)

1 이 특별약관에서 항암방사선치료라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

2 이 특별약관에서 항암약물치료라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법] 의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다

제3조("수술"의 정의 및 장소)

1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회] 「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

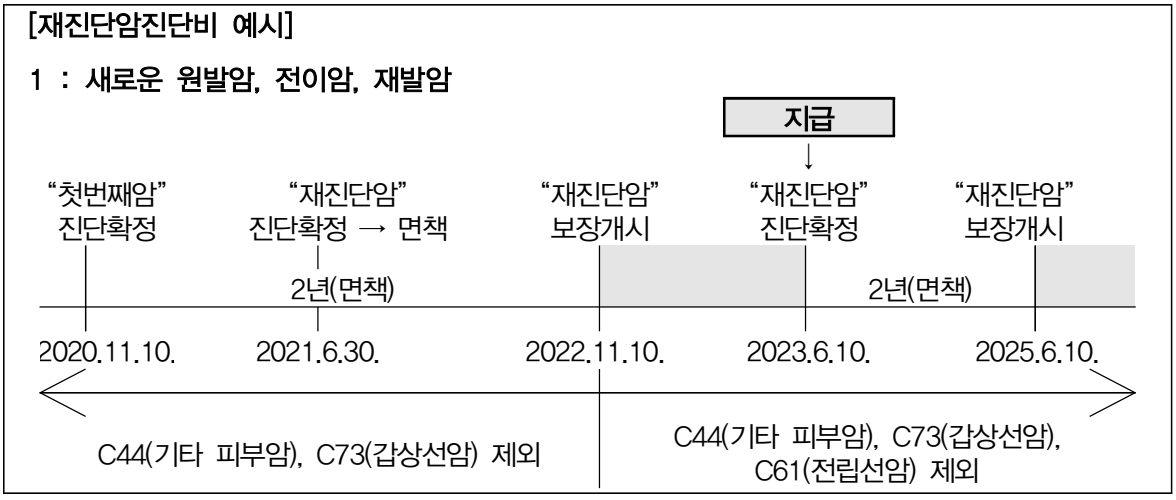
3 제1항 내지 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

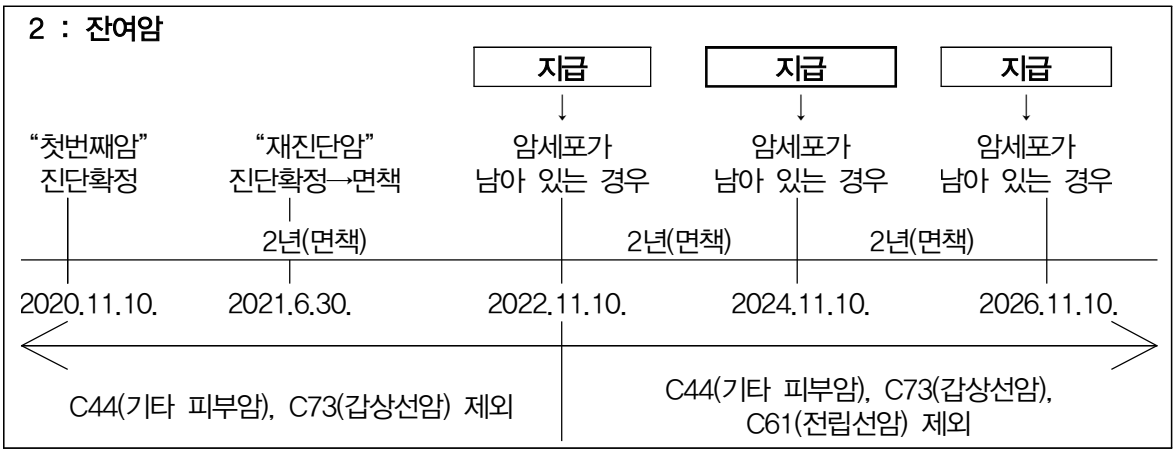
4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
5. 제1항 내지 제3항에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 "재진단암"의 보장개시일 이후에 "재진단암"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속암(재진단암)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.





제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "재진단암"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속암(재진단암)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 계속암(재진단암)진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제4조(보험금의 지급사유)의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 "재진단암"으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 "첫번째암"의 보장개시일 전일 이전에 "첫번째암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

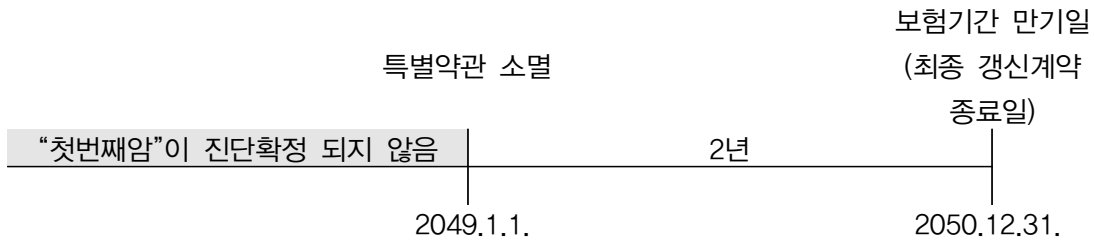
1 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금

을 지급합니다.

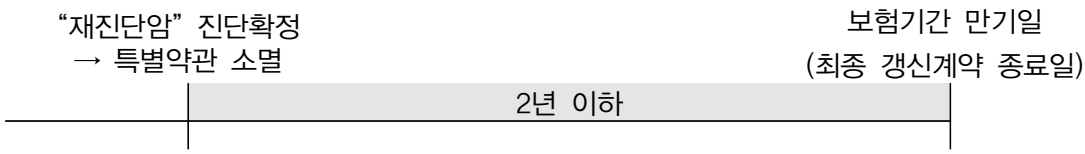
1. “첫번째암”이 진단확정 되지 않고, 보험기간 만기일(단, 갱신형 특별약관의 경우 최종 갱신계약 종료일)까지의 잔여 보험기간(이하 “잔여보험기간”이라 합니다.)이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. 제1호에도 불구하고, “재진단암”이 진단확정 되어 계속암(재진단암)진단비가 지급되고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

[특별약관의 소멸 예시]

1. “첫번째암”이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2. “재진단암” 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



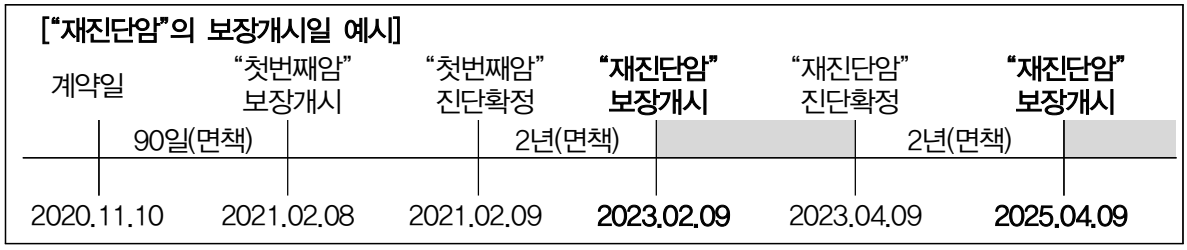
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제1항 및 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “첫번째암” 및 “재진단암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “첫번째암”의 보장개시일 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
   단, 갱신계약의 경우에는 갱신계약일
2. “재진단암”의 보장개시일
   가. 첫 번째 “재진단암” : “첫번째암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
   나. 두 번째 이후 “재진단암” : 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날



제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 "첫번째암" 및 "재진단암"에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암"으로 진단확정되지 않은 경우: 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제9조(회사의 보장개시) 제1호 및 제2호를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암" 또는 "재진단암"으로 진단확정된 경우: "재진단암"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날로 합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-47. 계속(재진단)뇌출혈진단비(간편고지) 특별약관 계속(재진단)뇌출혈진단비 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("첫번째뇌출혈" 및 "재진단뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "첫번째뇌출혈" 및 "재진단뇌출혈"이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

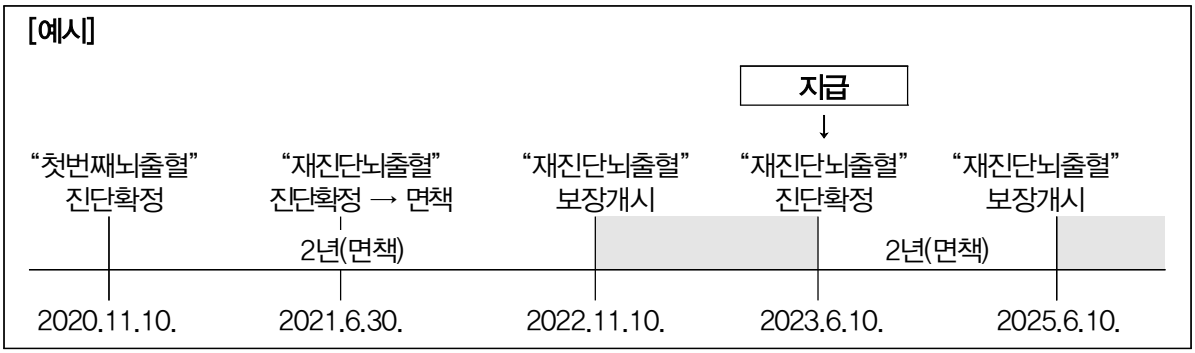
2 이 특별약관에서 "재진단뇌출혈"이라 함은 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 "재진단뇌출혈"의 보장개시일 이후 새롭게 발생하여 진단확정된 뇌출혈을 말합니다.

3 "첫번째뇌출혈" 및 "재진단뇌출혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을

가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "첫번째뇌출혈" 및 "재진단뇌출혈"로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 "재진단뇌출혈"의 보장개시일 이후에 "재진단뇌출혈"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속(재진단)뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "재진단뇌출혈"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속(재진단)뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 계속(재진단)뇌출혈진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

1. "첫번째뇌출혈"에 기인한 합병증 또는 후유증
2. 제2조(보험금의 지급사유)에서 계속(재진단)뇌출혈진단비를 지급받은 경우 해당 "재진단뇌출혈"에 기인한 합병증 또는 후유증

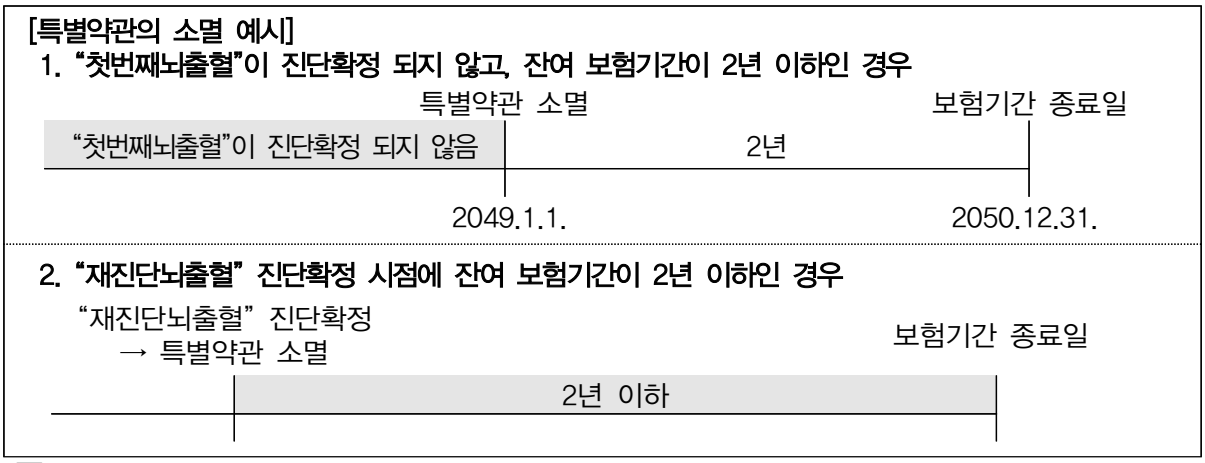
2 제1항 이외에도, 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유가 발생하고, 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 "재진단뇌출혈"로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

1. "첫번째뇌출혈"이 진단확정 되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 "잔여 보험기간"이라 합니다)이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. "재진단뇌출혈"이 진단확정 되어 계속(재진단)뇌출혈진단비가 지급사유가 발생하고, 잔여 보

험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우



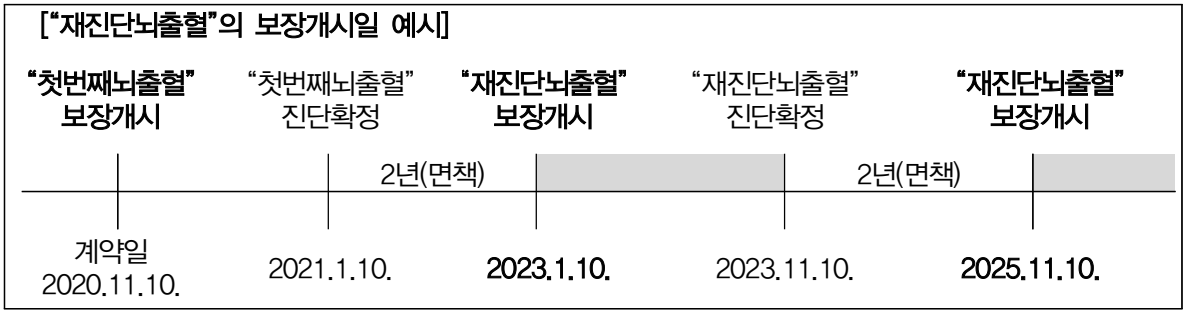
② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "재진단뇌출혈"에 대한 회사의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "첫번째뇌출혈"의 보장개시일 : 계약일.
2. "재진단뇌출혈"의 보장개시일
   가. 첫 번째 "재진단뇌출혈"의 보장개시일 : "첫번째뇌출혈" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
   나. 두 번째 이후 "재진단뇌출혈"의 보장개시일 : 직전 "재진단뇌출혈" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "첫번째뇌출혈" 및 "재진단뇌출혈"에 대한 보장개시일

은 아래와 같이 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째뇌출혈"으로 진단확정되지 않은 경우: 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시) 제1호 및 제2호를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째뇌출혈" 또는 "재진단뇌출혈"으로 진단확정된 경우: "재진단뇌출혈"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-48. 계속(재진단)급성심근경색증진단비(간편고지) 특별약관 계속(재진단)급성심근경색증진단비 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "첫번째급성심근경색증"은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병을 말하며, "재진단급성심근경색증"은 급성심근경색증 분류표(【별표17】 참조)에서 정한 질병 중 I23(급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증)을 제외한 질병을 말합니다. "첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

["첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"의 대상이 되는 질병]

첫 번째 급성심근경색증	재진단급성심근경색증
I21(급성 심근경색증)	I21(급성 심근경색증)
I22(후속심근경색증)	I22(후속심근경색증)
I23(급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증)	–

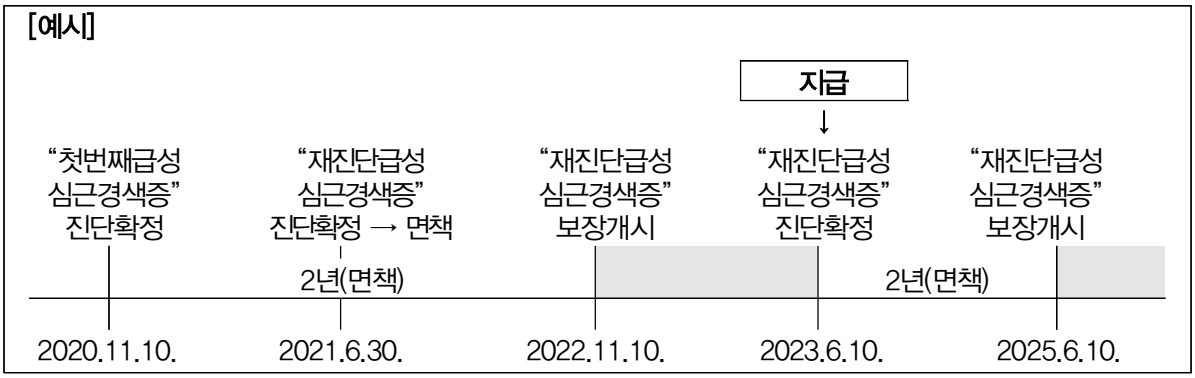
2 이 특별약관에서 "재진단급성심근경색증"이라 함은 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 "재진단급성심근경색증"의 보장개시일 이후 새롭게 발생하여 진단확정된 급성심근경색증을 말합니다.

3 "첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중 "첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 "첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 "재진단급성심근경색증"의 보장개시일 이후에 "재진단급성심근경색증"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속(재진단)급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "재진단급성심근경색증"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속(재진단)급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급한 경우에는 계속(재진단)급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 책임준비금을 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 아래의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

1. "첫번째급성심근경색증"에 기인한 합병증 또는 후유증
2. 제2조(보험금의 지급사유)에서 계속(재진단)급성심근경색증진단비를 지급받은 경우 해당 "재진단급성심근경색증"에 기인한 합병증 또는 후유증

2 제1항 이외에도, 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유가 발생하고, 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 "재진단급성심근경색증"로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

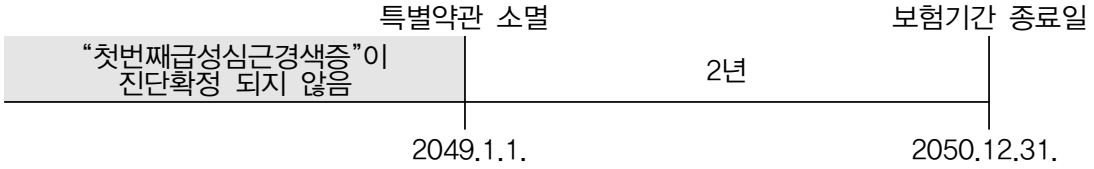
제5조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 회사는 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급합니다.

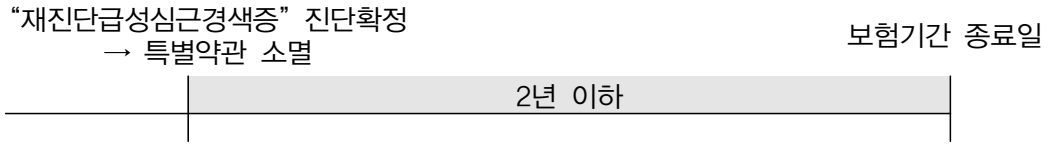
1. "첫번째급성심근경색증"이 진단확정 되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 "잔여 보험기간"이라 합니다)이 그 날을 포함하여 2년 이하인 경우
2. "재진단급성심근경색증"이 진단확정 되어 계속(재진단)급성심근경색증진단비가 지급사유가 발생하고, 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

[특별약관의 소멸 예시]

1. "첫번째급성심근경색증"이 진단확정 되지 않고, 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



2. "재진단급성심근경색증" 진단확정 시점에 잔여 보험기간이 2년 이하인 경우



② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

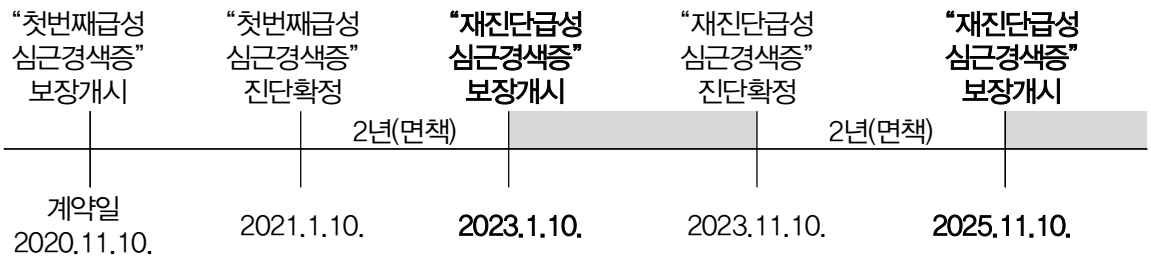
③ 제1항 및 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "재진단급성심근경색증"에 대한 회사의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. "첫번째급성심근경색증"의 보장개시일 : 계약일.
2. "재진단급성심근경색증"의 보장개시일
   가. 첫 번째 "재진단급성심근경색증"의 보장개시일 : "첫번째급성심근경색증" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
   나. 두 번째 이후 "재진단급성심근경색증"의 보장개시일 : 직전 "재진단급성심근경색증" 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

["재진단급성심근경색증"의 보장개시일 예시]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "첫번째급성심근경색증" 및 "재진단급성심근경색증"에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째급성심근경색증"으로 진단확정되지 않은 경우: 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시) 제1호 및 제2호를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째급성심근경색증" 또는 "재진단급성심근경색증"으로 진단확정된 경우: "재진단급성심근경색증"에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제11조(중도인출에 관한 사항), 제12조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-49. 파킨슨병진단비(간편고지) 특별약관
파킨슨병진단비(간편고지, 갱신형) 특별약관
파킨슨병진단비 특별약관
파킨슨병진단비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("파킨슨병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "파킨슨병"이라 함은 도파민 신경세포의 퇴행으로 인하여 중대한 운동기능의 장애를 유발하며 떨림, 경직, 운동완서의 3대 증상을 특징으로 하는 질병으로서 파킨슨병 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류에 따릅니다.

[운동완서]
운동이 비정상적으로 완만한 것, 육체적 및 정신적 반응이 둔한 것을 말합니다.

2 "파킨슨병"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 도파민-단인광자방출단층촬영(SPECT), 파킨슨병의 평가도구(UPDRS), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 제11조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 "파킨슨병"으로 진단 확정이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 파킨슨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 파킨슨병진단비(간편고지), 파킨슨병진단비 특별약관

계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액

2. 파킨슨병진단비(간편고지, 갱신형), 파킨슨병진단비(갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간 1년 미만	계약일부터 경과기간 1년 이상	
–	이 특별약관 보험가입금액	

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제5조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제6조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 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 제4조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제6조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급 절차)

1 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제4조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제4조(지정대리청구인의 지정 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.

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제11조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "파킨슨병"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 파킨슨병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

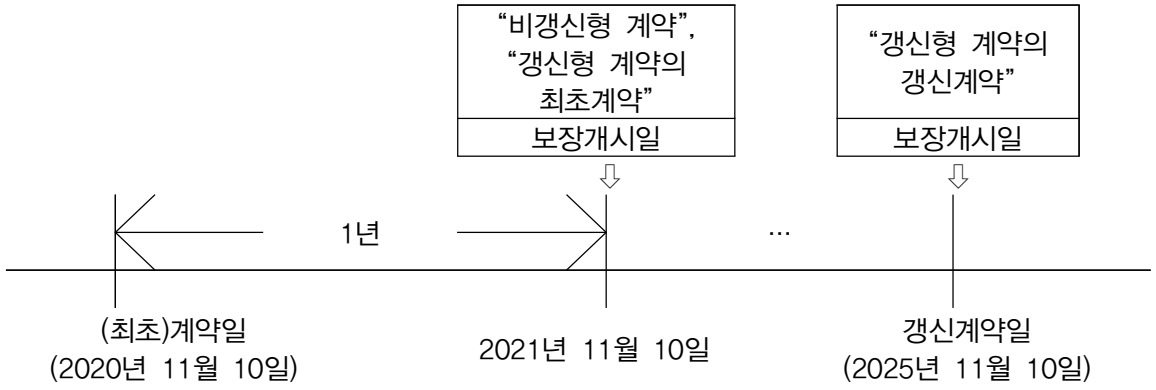
2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "파킨슨병"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "파킨슨병"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

["파킨슨병"의 보장개시일 예시]



제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.

제13조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 파킨슨병진단비(간편고지, 갱신형), 파킨슨병진단비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 파킨슨병진단비(간편고지, 갱신형), 파킨슨병진단비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3. 상해 및 질병관련 특별약관

3-1. 깁스치료비 특별약관
깁스치료비(갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 치료1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 동일한 질병 또는 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급합니다.

[깁스(Cast)치료의 정의]
"깁스(Cast)치료"라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정하는 경우로서 병원에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음, 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다. "부목(Splint cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 깁스치료비(갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 깁스치료비(갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-2. 응급실내원치료비(응급) 특별약관
응급실내원치료비(응급, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("응급실", "응급환자"의 정의 및 진단확정)

1 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

2 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 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.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병으로 인하여 "응급환자"에 해당되어 "응급실"에 내원하여 진료 받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원치료비(응급)으로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 응급실내원치료비(응급, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 응급실내원치료비(응급, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-3. 응급실내원치료비(비응급) 특별약관
응급실내원치료비(비응급, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("응급실", "응급환자"의 정의 및 진단확정)

1 "응급실"이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장 · 군수 · 구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.

2 "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 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.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 "응급환자"에 해당되지는 않으나 상해 또는 질병으로 인하여 "응급실"에 내원하여 진료 받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원치료비(비응급)으로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

3 회사는 "응급환자"에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 "응급실"에 내원하여 진료 받은 경우에는 보험금을 드리지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문관련질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
8. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)

4 회사는 "응급환자"에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 "응급실"에 내원하여 진료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
3. 아래에 열거된 치료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
4. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다.), 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
5. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는

치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 응급실내원치료비(비응급, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 응급실내원치료비(비응급, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-4. 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지) 특별약관
중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
중증치매진단비Ⅱ(90일이상) 특별약관
중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("중증치매상태"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증치매상태"라 함은 피보험자가 상해 또는 질병에 따른 뇌 손상으로 인하여 "중증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

2 제1항에서 정한 "중증 인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)] 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

3 "중증치매상태"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 "중증치매상태"로 진단 확정되고, 그날을 포함하여 90일 이상 "중증치매상태"가 계속되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

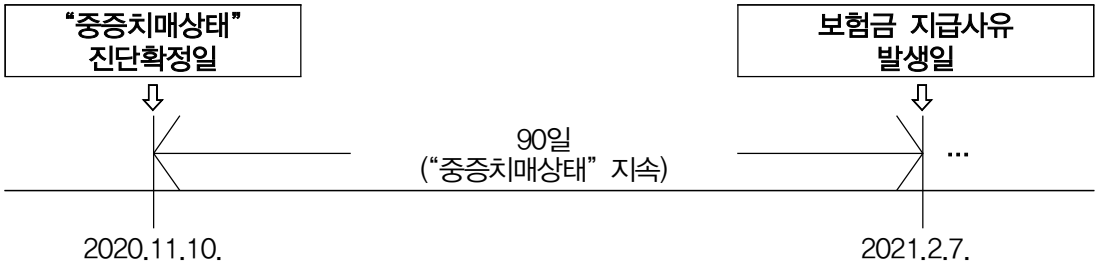
1. 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지), 중증치매진단비Ⅱ(90일이상) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

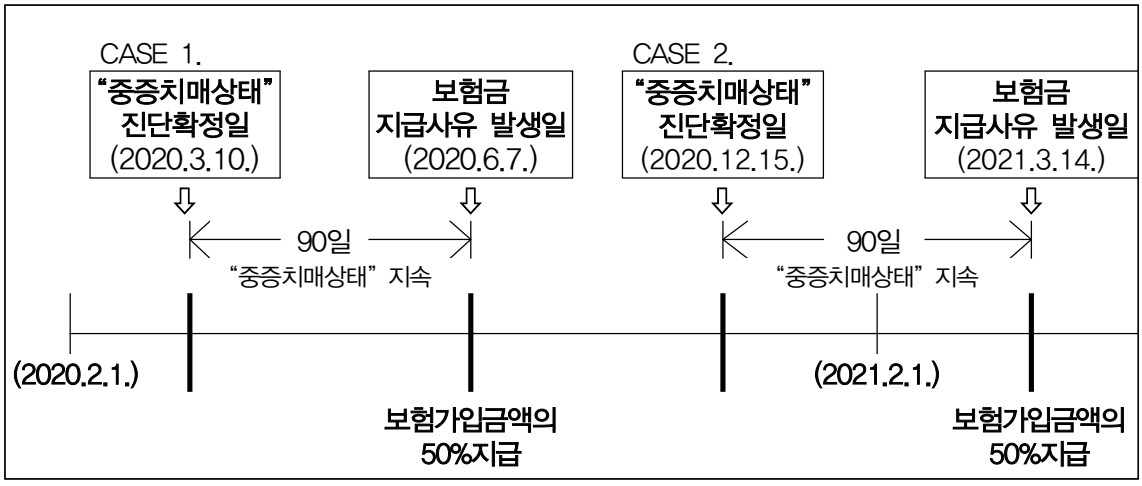
2. 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상	
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	
상해	이 특별약관의 보험가입금액		

[보험금 지급사유 발생일 예시]



[보험금 지급 예시] 질병으로 보험금 지급사유 발생시
(최초)계약일 : 2020년 2월 1일



□ (CASE 1) 질병으로 "중증치매상태"로 진단 확정된 2020.3.10.은 감액기간((최초)계약일로부터 1년 미만)이므로, 질병으로 "중증치매상태"로 진단 확정되고 그 상태가 90일간 지속된 2020.6.7.에 보험가입금액의 50%를 지급함.

□ (CASE 2) 질병으로 "중증치매상태"로 진단확정된 2020.12.15.은 감액기간((최초)계약일로부터 1년 미만)이므로, 질병으로 "중증치매상태"로 진단 확정되고 그 상태가 90일간 계속된 2021.3.14.에 보험가입금액의 50%를 지급함.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조("중증치매상태"의 정의 및 진단확정)에 따라 "중증치매상태"로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "중증치매상태"로 진단 확정된 날을 포함하여 90일 이상 "중증치매상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 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 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 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.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-5. 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지) 특별약관
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지, 갱신형) 특별약관
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급) 특별약관
중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 갱신형) 특별약관

제1조("중증치매상태"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중증치매상태"라 함은 피보험자가 상해 또는 질병에 따른 뇌 손상으로 인하여 "중증 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

2 제1항에서 정한 "중증 인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

3 "중증치매상태"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 "중증치매상태"로 진단 확정되고, 그날을 포함하여 90일 이상 "중증치매상태"가 계속되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매월 지급사유 발생해당일에 아래의 금액을 중증치매간병자금으로 보험수익자에게 지급합니다.

다만, 보험수익자의 요청에 따라 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 "평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액"과 "보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액" 중 큰 금액을 지급합니다.

1. 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지), 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

(예시기준: 보험가입금액 10만원 기준)

구 분	계약일로부터 경과기간	중증치매간병자금			
		총지급액	지급기준	보험가입금액	1회지급액
질병	1년미만	600만원	보험가입금액의 50% X 120회	10만원	5만원
	1년이상	1,200만원	보험가입금액의 100% X 120회	10만원	10만원
상해	1년미만	1,200만원	보험가입금액의 100% X 120회	10만원	10만원
	1년이상				

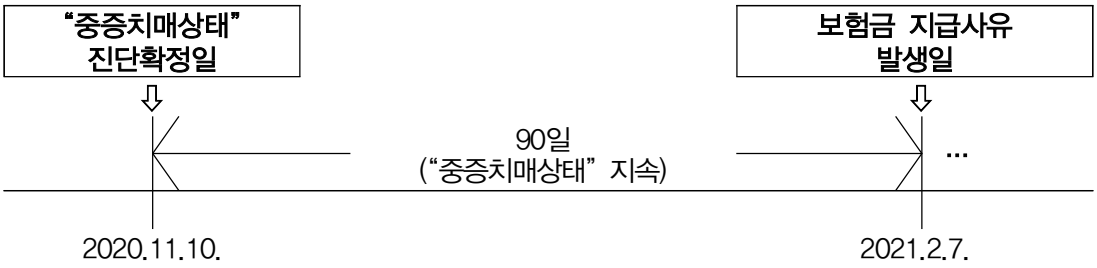
2. 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지, 갱신형), 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상	
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	
상해	이 특별약관의 보험가입금액		

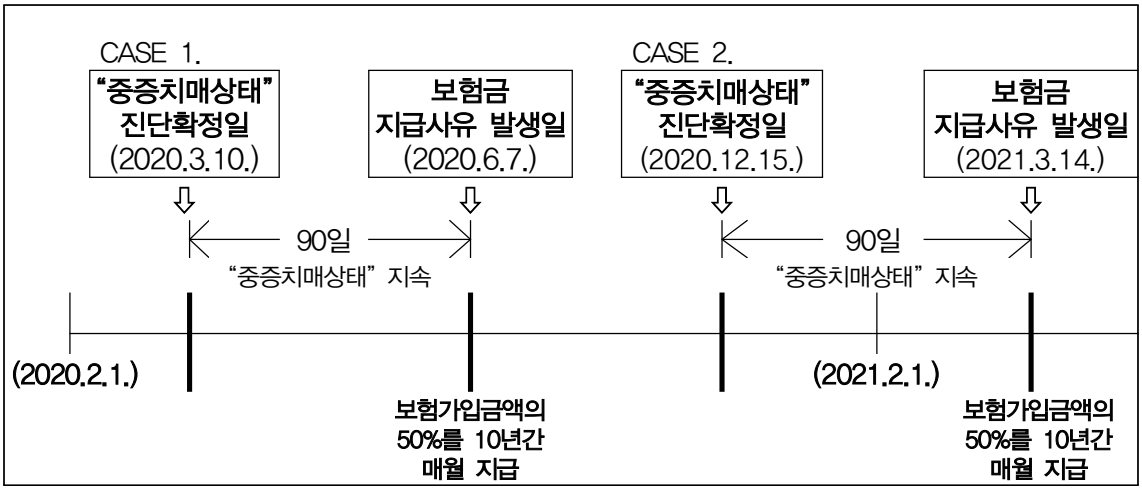
(예시기준: 보험가입금액 10만원 기준)

구 분		계약일로부터 경과기간	중증치매간병자금			
			총지급액	지급기준	보험가입금액	1회지급액
최초계약	질병	1년 미만	600만원	보험가입금액의 50% X 120회	10만원	5만원
		1년 이상	1,200만원	보험가입금액의 100% X 120회	10만원	10만원
	상해	1년 미만	1,200만원	보험가입금액의 100% X 120회	10만원	10만원
		1년 이상				
갱신계약	질병	갱신일 이후	1,200만원	보험가입금액의 100% X 120회	10만원	10만원
	상해					

[보험금 지급사유 발생일 예시]



[보험금 지급 예시] 질병으로 보험금 지급사유 발생시
(최초)계약일 : 2020년 2월 1일



□ (CASE 1) (계약일을 기준으로) 질병으로 "중증치매상태"로 진단 확정된 2020.3.10.은 감액기간((최초)계약일로부터 1년 미만)이므로, 질병으로 "중증치매상태"로 진단 확정되고 그 상태가 90일간 지속된 2020.6.7.에 보험가입금액의 50%를 10년간 매월 지급함.

□ (CASE 2) (계약일을 기준으로) 질병으로 "중증치매상태"로 진단확정된 2020.12.15.은 감액기간((최초)계약일로부터 1년 미만)이므로, 질병으로 "중증치매상태"로 진단 확정되고 그 상태가 90일간 계속된 2021.3.14.에 보험가입금액의 50%를 10년간 매월 지급함.

2 제1항에도 불구하고 해당 월의 지급사유 발생 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 지급사유 발생해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조("중증치매상태"의 정의 및 진단확정)에 따라 "중증치매상태"로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "중증치매상태"로 진단 확정된 날을 포함하여 90일 이상 "중증치매상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 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 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 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.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매간병자금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-6. 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지) 특별약관
중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
중등도이상치매진단비(90일이상) 특별약관
중등도이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("중등도이상치매상태"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "중등도이상치매상태"라 함은 피보험자가 보장개시일 이후에 상해 또는 질병에 따른 뇌손상으로 인하여 "중등도이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

2 제1항에서 정한 "중등도이상 인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)] 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

3 "중등도이상치매상태"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해

당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 진단 확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 "중등도이상치매상태"로 진단 확정되고, 그날을 포함하여 90일 이상 "중등도이상치매상태"가 계속되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

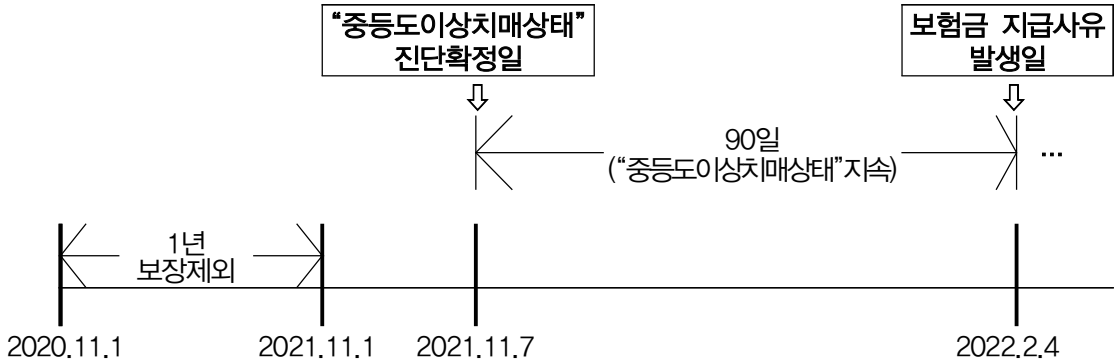
1. 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지), 중등도이상치매진단비(90일이상) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상
질병	–	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중등도이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상	
질병	–	이 특별약관의 보험가입금액	
상해	이 특별약관의 보험가입금액		

[보험금 지급사유 발생일 예시]
(최초)계약일 : 2020년 11월 1일
질병으로 인한 "중등도이상치매상태" 보장개시일 : 2021년 11월 1일



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조("중등도이상치매상태"의 정의 및 진단확정)에 따라 "중등도이상치매상태"로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "중등도이상치매상태"로 진단 확정된 날을 포함하여 90일 이상 "중등도이상치매상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 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 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 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.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "중등도이상치매상태"로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

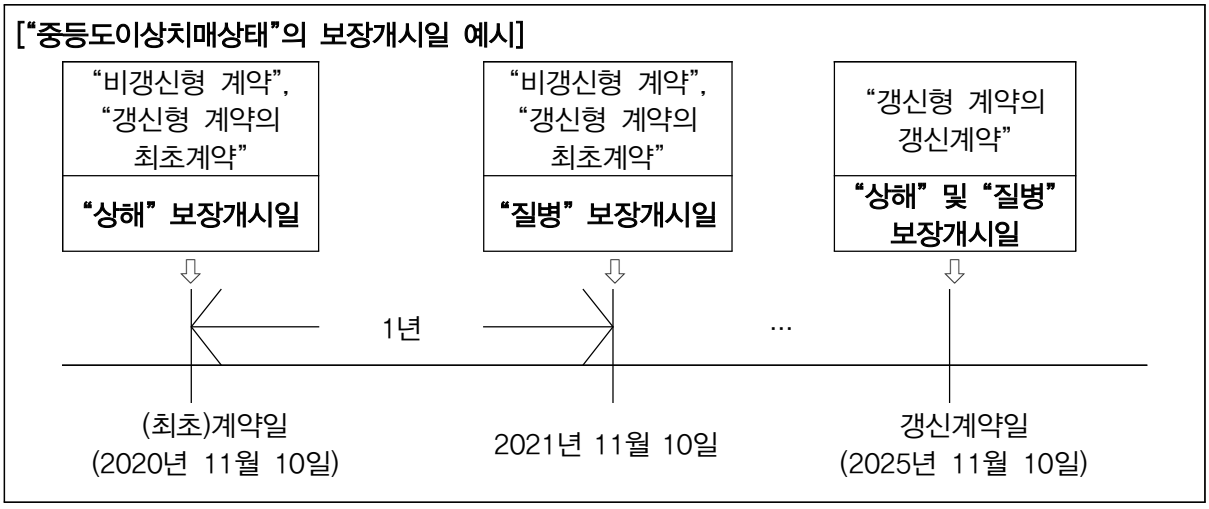
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상치매진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "중등도이상치매상태"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "중등도이상치매상태"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



2 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 "중등도이상치매상태"가 발생한 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "중등도이상치매상태"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제14조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중등도이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중등도이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-7. 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지) 특별약관
경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형) 특별약관
경증이상치매진단비(90일이상) 특별약관
경증이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("경증이상치매상태"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "경증이상치매상태"라 함은 피보험자가 보장개시일 이후에 상해 또는 질병에 따른 뇌 손상으로 인하여 "경증이상 인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

2 제1항에서 정한 "경증이상 인지기능의 장애"라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)] 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

3 "경증이상치매상태"의 "진단확정"은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

4 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에 정한 보장개시일 이후에 진단 확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 "경증이상치매상태"로 진단 확정되고, 그날을 포함하여 90일 이상 "경증이상치매상태"가 계속되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 경증이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

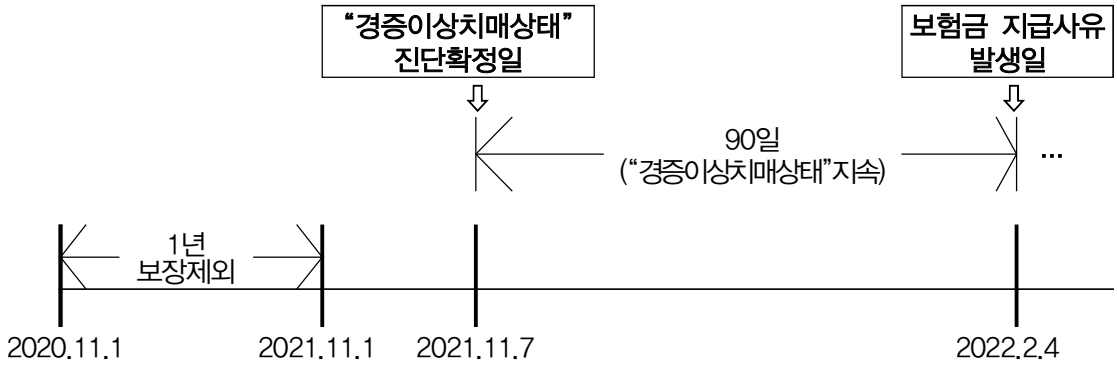
1. 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지), 경증이상치매진단비(90일이상) 특별약관

구 분	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상
질병	–	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

2. 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 경증이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관

구 분	최초계약		갱신계약
	계약일부터 경과기간 1년미만	계약일부터 경과기간 1년이상	
질병	–	이 특별약관의 보험가입금액	
상해	이 특별약관의 보험가입금액		

[보험금 지급사유 발생일 예시]
최초계약일 : 2020년 11월 1일
질병으로 인한 "경증이상치매상태" 보장개시일 : 2021년 11월 1일



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조("경증이상치매상태"의 정의 및 진단확정)에 따라 "경증이상치매상태"로 진단 확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "경증이상치매상태"로 진단 확정된 날을 포함하여 90일 이상 "경증이상치매상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 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
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주

민등록상의 배우자
2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

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

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

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 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.

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 "경증이상치매상태"로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

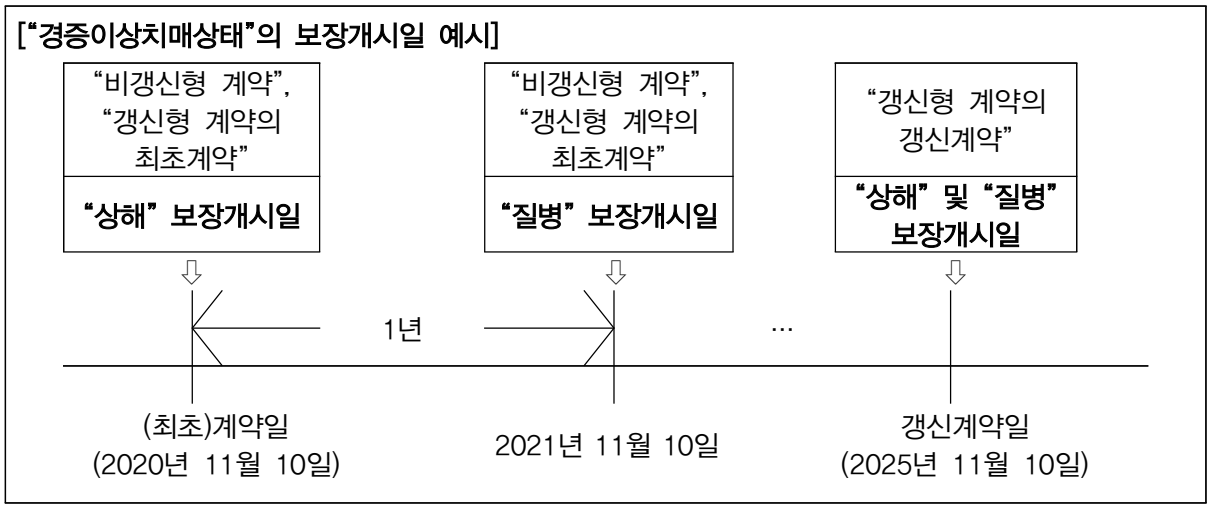
1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 경증이상치매진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 책임준비금을 지급하지 않습니다.

2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

3 제2항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

1 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 "경증이상치매상태"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 "경증이상치매상태"에 대한 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



2 제1항에도 불구하고 상해를 직접적인 원인으로 "경증이상치매상태"가 발생한 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "경증이상치매상태"의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제14조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 경증이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 경증이상치매진단비(90일이상, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4. 비용손해 특별약관

4-1. 자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용) 특별약관
자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고당 2,000만원을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

2 제1항에도 불구하고 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액을 1사고당 3,000만원 한도로 피보험자에게 지급합니다.

> **[특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13]**
> 자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항(【부록】 참조)에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항(【부록】 참조)의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
> 1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
> 2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

3 제1항에서 "벌금"이라 함은 법원의 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

4 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

5 제1항 및 제2항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

6 하나의 사고에 대하여 제1항 및 제2항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제5항의 "벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)"에는 "자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(【부록】 참조)에 따른 벌금액을 보장하는 계약" 또한 포함됩니다.

1. 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(【부록】 참조)에

따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

⑦ 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제4조(특별약관의 보험기간)

① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-2. 자동차사고대물벌금(운전자용) 특별약관
자동차사고대물벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(【부록】 참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액을 1사고당 500만원 한도로 피보험자에게 지급합니다.

[「도로교통법」 제151조(벌칙)]
차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

2 제1항에서 "벌금"이라 함은 법원의 확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.

3 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

4 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

5 하나의 사고에 대하여 제1항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제4항의 "벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)"에는 "자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약" 또한 포함됩니다.

1. 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(【부록】 참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우
2. 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

6 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전

하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 자동차사고대물벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 자동차사고대물벌금(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-3. 자동차사고변호사선임비용Ⅱ(운전자용) 특별약관
자동차사고변호사선임비용Ⅱ(운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 해당 사고의 해결을 위해 변호사를 선임하게 된 경우에는 사고 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 실제 변호사 선임에 따른 비용을 자동차사고변호사선임비용으로 피보험자에게 지급합니다.
다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에서 변호사를 선임하게 된 경우는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 구속영장에 의해 구속된 경우
2. 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다. 단 약식기소는 제외합니다)된 경우
3. 검찰에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의한 보통의 심판절차인 공판절차에 따라 재판을 진

행한 경우

3 제2항에서 "약식기소"라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

4 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

5 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

6 제1항의 "사고 1회" 라 함은 하나의 자동차 운전 중 발생한 교통사고를 말하며, "사고"로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

7 제1항에서 정한 자동차사고변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

피보험자가 자동차사고변호사선임비용을 청구할 때에는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구)의 구비서류 및 사고증명서(소장, 접수증명원, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)를 제출하여야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 자동차사고변호사선임비용(운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년

만기이며 자동차사고변호사선임비용(운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-4. 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용) 특별약관 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(이하 "피해자"라 합니다)에게 다음 중 어느 하나에 해당하는 손해를 입힌 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.

1. 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. "중대법규위반 교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. "일반교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항(【부록】 참조), 「형법」 제268조(【부록】 참조), 「교통사고처리특례법」 제3조(【부록】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조(【부록】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

> **[중상해]**
> "중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

2 제1항의 대인형사합의실손비는 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 5천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일 이상 진단시
1천만원	3천만원	5천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 5천만원

3 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해

자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

4 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

5 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "중대법규위반 교통사고"라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표22】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 "중대법규위반 교통사고"로 보지 않습니다.

2 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 자동차사고 중에서 "중대법규위반 교통사고"에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표22】 참조) 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 "일반교통사고"로 보지 않습니다.

3 피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.

4 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 또는 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

5 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전하던 중 사고
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 분담)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-5. 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용) 특별약관 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사

고로 타인(이하 "피해자"라 합니다)에게 제1호에 해당하는 손해를 입힌 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.

1. "일반교통사고"로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조 제1항 또는 제2항(【부록】 참조), 「형법」 제268조(【부록】 참조), 「교통사고처리특례법」 제3조(【부록】 참조)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 "기소"라 합니다)되거나 「자동차손해배상보장법 시행령」 제3조(【부록】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

[중상해]
"중상해"라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

2 제1항의 중상해대인형사합의실손비는 피해자 1인당 5천만원을 한도로 합니다.

3 제1항에도 불구하고 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

4 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

5 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 "일반교통사고"라 함은 자동차사고 중에서 중대법규위반교통사고(「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표22】 참조)에 해당되는 사고)에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조 제2항 단서(【별표22】 참조) 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 "일반교통사고"로 보지 않습니다.

2 피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.

3 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장

4. 법원 또는 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

4 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
5. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
6. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전하던 중 사고
6. 자가용의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 분담)

1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

2 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-6. 면허정지(영업용운전자용) 특별약관 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지된 경우에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 면허정지기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아니면 면허정지보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항의 "면허정지기간"이라 함은 「도로교통법」 제7장 제73조 제2항(【부록】 참조)에 따른 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하여 면허정지기간이 감경되었거나 감경될 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경되었거나 감경될 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 「도로교통법」 제7장 제73조 제2항(【부록】 참조)에 따른 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하지 않아 면허정지기간이 감경되지 않아 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우는 제외합니다.

3 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

4 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 면허정지(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-7. 면허취소(영업용운전자용) 특별약관 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관

※ 상기 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 면허취소 행정처분 사유가 교통사고가 아니면 면허취소보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항에서 "자동차"라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 「자동차손해배상보장법 시행령」 제2조(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말함)(이하 "9종 건설기계"라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

3 제1항에서 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의

3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조, 제44조(【부록】 참조)에 규정한 음주 · 무면허상태에서 운전하던 중 사고
5. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
6. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 보험기간)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 면허취소(영업용운전자용, 갱신형) 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-8. 보이스피싱손해(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 전화금융사기(이하 '보이스피싱'이라 합니다.)로 인하여 금전상의 피해를 입은 경우에는 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액(피해환급금 결정 이후 최종손실액)의 70%를 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상합니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 때에 「전기통신금융사기 피해방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」 (이하 「특별법」) 제3조(피해구제의 신청)(【부록】 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

[보이스 피싱(Voice Phishing, 전화금융사기)]
사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 또는 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.

[실제 금전손실액]
법원의 판결, 경찰 조사 또는 금융거래내역 등으로 입증이 가능한 피보험자(보장대상자)의 금전손실액 원금을 말하며, 「특별법」 제10조(피해환급금의 결정·지급)(【부록】 참조)에 의해 지급되는 피해환급금은 제외됩니다.

[피해환급금]
「특별법」 제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)(【부록】 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(피해환급금의 결정·지급)(【부록】 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 의미합니다.

[개인정보]
살아 있는 개인에 관한 정보로서 해당 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 그 법정대리인의 고의나 중대한 과실, 또는 이들이 미리 알고 있었거나 제3자와의 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위 또는 불성실 행위
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 「특별법」 제10조(피해환급금의 결정 · 지급)(【부록】 참조)에 따라 지급받은 해당금액
5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직 · 간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 아니합니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장해, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장해
10. 피보험자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
11. 피보험자의 사업 또는 업무와 관련하여 발생한 사고
12. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
13. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 피해자신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
3. 경찰서에서 발행한 보이스 피싱 피해신고확인서(단, 피해금액이 명시되어 있어야 함)
4. 지급정지요청서(「특별법」 시행령 별지 제2호 서식)사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우에는 피해구제신청서(「특별법」 시행령 별지 제1호 서식) 및 지급정지금액을 증명할 수 있는 서류
5. 금융감독원의 '피해환급금 결정통지서' 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
6. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금의 분담)

1 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래의 방법에 따라 손해를 보상합니다.

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

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-9. 의료사고법률비용(실손, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 피보험자에게 지급합니다.

2 제1항의 "의료기관"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.

3 제1항의 "의료사고"라 함은 의료 행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 총칭하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄합니다. 그러나 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에 정한 의료기관에서 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 상해는 의료사고로 보지 않습니다.

4 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우도 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 이미 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제3조(보험금의 분담)

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

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

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료 확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 피보험자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-10. 민사소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 민사소송사건이 이 특별약관의 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 「대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	민사사건	사건별 부호
1심	민사1심합의사건	가합
	민사1심단독사건	가단
	민사소액사건	가소
항소심	민사항소사건	나
상고심	민사상고사건	다

2 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

3 제1항의 소송은 연간 하나의 사건에 의해 제기된 위 제2항에서 정한 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[소송제기의 원인이 되는 사건]

소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계가 객관적으로 입증될 수 있는 사건으로 그 예는 아래와 같습니다.

1. 채무불이행/부당이득의 경우: 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 채무불이행/부당이득이 발생한 사건
2. 손해배상의 경우: 해당 사고가 보험기간 중에 발생한 사건

[연간 하나의 사건]

보험기간 첫날(1회 보험료 받은 시점)부터 1년이 되는 마지막날 그 시점까지 및 이후 각 1년간의 기간 중 피보험자와 타인간에 발생한 법적 분쟁으로서 소송이 제기된 원인이 된 하나의 사실을 말합니다.

[하나의 소송]

「대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규」에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다.(「민사소송법」에 정한 파기환송심, 재심은 제외합니다.)

다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.

(관련법령 【부록】 참조)

4 제1항에도 불구하고 이 특별약관이 갱신형인 경우 직전 계약의 보험기간 중에 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생한 경우에 제1항 내지 제3항에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액

소송목적의 값	변호사비용
2천만원까지	소송목적의 값 x 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원	200만원 + (소송목적의 값 – 2천만원) x 8%
5천만원 초과 ~ 1억원	440만원 + (소송목적의 값 – 5천만원) x 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원	740만원 + (소송목적의 값 – 1억원) x 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원	940만원 + (소송목적의 값 – 1억5천만원) x 2%
2억원 초과 ~ 5억원	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%

단, 향후 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」(【부록】 참조)에서 정한 위 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

단, 향후 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 인지액이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료
1심 민사소액/민사단독/민사합의	96,000원 / 144,000원 / 144,000원
2심/3심	115,200원 / 76,800원

단, 향후 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2 회사는 제1항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제1항 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

3 제1항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「민사소송법」에 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
6. 「특허법」에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 「상표법」에 정한 상표권, 「실용신안법」에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)(【부록】 참조)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험(공제계약을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다)에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송
18. 피보험자와 피보험자의 가족 간의 민사소송

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 포기]
원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]
피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취하]
「민사소송법」 제266조(소의 취하), 동법 제393조(항소의 취하), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]
「민사소송법」 제254조(재판장의 소장심사권), 동법 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법 제425조(항소심절차에 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.

[가족]
1. 피보험자의 부모와 양부모
2. 피보험자의 배우자의 부모 또는 양부모
3. 피보험자의 법률상의 배우자 또는 사실혼 관계에 있는 배우자
4. 피보험자의 법률상 혼인관계에서 출생한 자녀, 사실혼 관계에서 출생한 자녀, 양자 또는 양녀
5. 피보험자의 며느리
6. 피보험자의 사위
※ 위에 정한 가족은 피보험자에게 발생한 사건 당시의 피보험자와의 관계를 말합니다.
(관련법령【부록】참조)

제4조(손해의 통지 및 조사)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다.)

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사 양식)

2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 판결서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

2 제1항의 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

> **[가지급보험금]**
> 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

3 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

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

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

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구

권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액 확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 가지지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 가집니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

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

제11조(사기에 의한 계약)

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

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제12조(조사)

1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

3 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 소송 관련 서류를 열람할 수 있습니다.

4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약] 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

1 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절. 공통조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 때에는 회사는 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 부여하지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에도 그 손해를 보상하지 않습니다. 단, 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅

니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

4-11. 행정소송법률비용(실손, 갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

1 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권에 기재된 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 아래에서 정한 행정소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 법률비용을 이 특별약관에 따라 보상합니다.

회사가 보상하는 소송사건은 「대법원 법원재판사무처리규칙 및 사건별 부호 문자에 관한 예규」에서 아래와 같이 분류되는 소송사건에 한합니다.

심급구분	행정사건	사건별 부호
1심	행정1심사건	구합
	행정1심재정단독사건	구단
항소심	행정항소사건	누
상고심	행정상고사건	두

2 제1항의 소송은 1심 소송, 그 1심 소송에 대한 항소심, 그 항소심에 대한 상고심 각각(이하 "심급별"이라 합니다)을 말하며 이 특별약관에서 정한 보험기간 내에 제기되어야 합니다.

[소송제기의 원인이 되는 사건]
소송제기의 원인이 되는 사건이란 사실관계를 객관적으로 입증할 수 있는 사건이 보험기간 이전에 발생한 일이 없고, 보험기간 중에 처음으로 국가 기관 및 행정청으로부터 받은 행정처분을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 지급사유)의 소송은 각 심급별 하나의 소송에 한합니다.

[하나의 소송]
"대법원 법원재판사무 처리규칙 및 사건별 부호문자의 부여에 관한 예규"에서 분류되는 소송사건 중 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 사건 분류 번호상의 구별되는 1개의 사건 소송을 말합니다(「민사소송법주)」에 정한 파기환송심, 재심 및 행정소송법에 정한 제3자에 의한 재심은 제외합니다). 다만, 사건번호가 달리 구분되지만 이미 발생된 소송으로 인한 반소(「민사소송법주)」 제269조(반소)에 정한 것으로 피고가 원고의 소송에 대하여 제기하는 소송을 말합니다), 동법주) 제412조(반소의 제기)의 경우에는 이를 하나의 소송에 포함된 것으로 보며, 구분되는 사건 소송으로 간주하지 않습니다.
(관련 법령【부록】참조)
주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 말합니다.

2 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 피보험자에게 심급별로 다음 각 호에 대해 피보험자가 실제 부담한 금액을 보험금으로 지급합니다.

1. 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에서 정한 변호사비용의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과한 금액

소송목적의 값	변호사비용
2천만원까지	소송목적의 값 x 10%
2천만원 초과 ~ 5천만원	200만원 + (소송목적의 값 – 2천만원) x 8%
5천만원 초과 ~ 1억원	440만원 + (소송목적의 값 – 5천만원) x 6%
1억원 초과 ~ 1억5천만원	740만원 + (소송목적의 값 – 1억원) x 4%
1억5천만원 초과 ~ 2억원	940만원 + (소송목적의 값 – 1억5천만원) x 2%
2억원 초과 ~ 5억원	1,040만원 + (소송목적의 값 - 2억원) x 1%
5억원 초과	1,340만원 + (소송목적의 값 - 5억원) x 0.5%

단, 향후 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」(【부록】참조)에서 정한 위 변호사비용이 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

2. 「민사소송 등 인지법」에서 정한 인지액의 한도 내에서 피보험자가 실제 부담한 인지액

소송목적의 값	인지액
1천만원 미만	소송목적의 값 x 0.5%
1천만원 ~ 1억원 미만	5,000원 + 소송목적의 값 x 0.45%
1억원 ~ 10억원 미만	55,000원 + 소송목적의 값 x 0.40%
10억원 이상	555,000원 + 소송목적의 값 x 0.35%

주1) 항소심의 경우 상기한도의 1.5배, 상고심의 경우 2.0배를 적용 합니다.
주2) 단, 향후 「민사소송 등 인지법」에서 정한 위 인지액 한도가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3. 대법원이 정한 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 송달료의 한도내에서 피보험자가 실제 부담한 송달료

심급별	송달료
행정1심사건 / 행정1심재정단독사건	96,000원
행정항소사건	96,000원
행정상고사건	76,800원

주) 단, 향후 「송달료규칙의 시행에 따른 업무처리요령」에서 정한 위 송달료가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

3 회사는 제2항 제1호의 경우 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제하고 지급하며, 제2항 각 호에 대해 종국 판결 결과의 변동에 따라 미지급된 보험금을 추가 지급 또는 기지급된 보험금을 환수할 수 있습니다.

4 제2항에 대하여 회사가 지급하여야 할 보험금은 심급별로 아래의 금액을 한도로 합니다.

구분	변호사비용	인지액 + 송달료
지급금액	1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원 공제)	500만원 한도

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의(소송사기를 포함합니다)에 의한 손해
2. 지진, 분화, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태에 기인한 손해
3. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염에 의한 손해
5. 「행정소송법」(행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 포함합니다)에 정한 청구의 포기, 인낙, 소의 취하, 소의 각하
6. 특허법에 정한 특허, 저작권법에 정한 저작권, 상표법에 정한 상표권, 실용신안법에 정한 실용신안권 및 지적재산권에 관련된 소송
7. 피보험자가 각종 단체(상법상 회사, 민법상 법인, 권리능력 없는 사단, 재단, 조합 등)의 대표자, 이사, 임원 등의 자격으로 행한 업무와 관련된 소송
8. 「소비자기본법」 제70조(단체소송의 대상 등)(【부록】 참조)에 따라 제기된 소송
9. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 정한 금융투자상품에 관련된 소송
10. 보험기간 이전에 소송의 원인이 되는 사건이 발생한 경우 및 구두계약(口頭契約) 등 사실관계를 객관적으로 입증하기 어려운 경우
11. 「노동조합 및 노동관계조정법」에 관련된 쟁의행위, 「집회 및 시위에 관한 법률」에 관련된 시위행위에 관련된 소송
12. 「독점규제 및 공정거래에 관련 법률」, 「증권관련집단소송법」에 관련된 소송
13. 가입여부와 관계없이 「자동차손해배상보장법」, 「산업재해보상보험법」 등 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험[공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 "의무보험"이라 합니다]에서 보상되는 손해가 발생되는 경우, 의무보험에서 보상받을 수 있는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 법률비용
14. 환경오염, 일조권, 조망권, 소음, 진동 관련 분쟁, 명예훼손 이와 유사한 사건과 관련한 분쟁에 기인한 소송
15. 소송의 결과에 따라 피보험자가 소송 상대측에게 부담하여야 할 소송비용 일체
16. 석면(이를 구성 물질로 하거나 유사한 물질을 포함합니다)의 발암성, 전자파(전자장)의 피해, 의약품의 지속적인 투여로 인한 피해, 의약용구의 지속적인 사용으로 인한 피해, 흡연으로 인한 피해로 인한 소송
17. 법률상 허용되지 않는 도박 등 사행 행위 또는 마약 등의 소지가 금지되어 있는 물건과 관련된 소송

18. “국민투표무효소송” 및 「공직선거법」이 정한 “선거 무효소송”(공직선거법 제222조)(【부록】 참조), “당선 무효소송”(공직선거법 제223조)(【부록】 참조)
19. 국가 또는 공공단체의 기관이 법률에 위반되는 행위를 한 때에 직접 자기의 법률상 이익과 관계없이 그 시정을 구하기 위하여 제기하는 소송
20. 국가 또는 공공단체의 기관 상호간에 있어서 그 권한의 존부 또는 그 행사에 관하여 다툼이 있는 때 이에 대하여 제기하는 소송으로 국민의 구체적 권익 구제와는 관련이 없는 기관소송(지방의회 또는 교육위원회 의결무효소송, 감독처분에 대한 이의소송 등을 말합니다)
21. 행정청이 당사자의 신청에 대하여 법률상의 응답의무가 있음에도 이를 하지 않는 경우 행정청의 응답을 신속하게 하기 위한 소송

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

[청구의 포기]
원고가 변론에서 자기의 소송상의 청구가 이유없음을 자인한 것을 말합니다.

[인낙]
피고가 원고의 소송상의 청구가 이유있음을 인정한 것을 말합니다.

[소의 취하]
행정소송법 및 「민사소송법주)」 제266조(소의 취하), 동법주) 제393조(항소의 취하), 동법주) 제425조(항소심 절차의 준용)에 정한 것으로 판결이 확정되기 전 제기된 소(항소, 상고를 포함합니다.)에 대해 취하하는 것을 말합니다.

[소의 각하]
행정소송법 및 「민사소송법주)」 제254조(재판장의 소장심사권), 동법주) 제399조(원심재판장의 항소장 심사권), 동법주) 제402조(항소심재판장의 항소장 심사권), 동법주) 제425조(항소심절차의 준용)에 따라 소(항소, 상고를 포함합니다.)장을 해당 재판장이 심사하여 보정을 명하였음에도 불구하고 이를 고치지 않은 경우에 취하는 명령을 말합니다.
(관련 법령 【부록】 참조)
주) 행정소송법에 따라 행정소송상 준용되는 「민사소송법」을 말합니다.

제4조(손해의 통지 및 조사)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.
1. 사고에 의해 소송이 발생한 경우(사건의 때와 사건 관련 당사자의 성명과 주소 및 피보험자의 소송 내용을 회사가 알 수 있는 서류를 포함합니다)
2. 소송 판결 전 청구의 포기, 소의 취하, 소의 각하, 인낙, 소송의 변경, 소송상 화해, 소송상 조정 등이 발생한 경우
3. 소송에 따른 판결이 내려진 경우
4. 기타 회사가 손해와 관련하여 필요하다고 요청한 경우(회사는 관련 서류를 요청할 수 있습니다)

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 제1호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제2호의 통지를 게을리 한 때에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 보험금 지급을 위한 증명서(소장, 소송 상 조정, 소송 상 화해시 해당 조서, 선임한 변호사가 발급한 세금계산서, 소송비용액 확정결정서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제6조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

2 제1항의 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

> **[가지급보험금]**
> 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

3 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 "【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.

제7조(보험금의 분담)

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

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

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

제9조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 피보험자의 소송결과(판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해)에 따라 지급한 보험금의 한도 내에서 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권(피보험자의 소송상대방에 대한 소송비용액확정신청권 및 확정된 소송비용액에 대한 청구권을 포함합니다)을 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 따라 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제10조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

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

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

제11조(사기에 의한 계약)

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

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제12조(조사)

1 회사는 보험기간 중 언제든지 피보험자의 소송진행사항, 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

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

4 계약자 또는 피보험자가 제1항에 협력하지 않음으로써 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제3항을 이행하지 않은 경우에는 회사가 보상할 수 없다고 인정되는 부분은 보상하지 않습니다.

제13조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약] 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제14조(특별약관의 해지)

1 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 보통약관 제1절. 공통조항 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 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 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 보통약관 제1절. 공통조항 제38조(해지환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 단, 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

7 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

8 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에

따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제15조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 5년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제13조(주소변경통지), 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제18조(알릴 의무 위반의 효과)는 준용하지 않습니다.

5. 독립 특별약관
(가족일상생활중배상책임Ⅱ(대물20만원공제)(갱신형) 특별약관)

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 "보통약관"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 보통약관이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조(용어의 정의)

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

1 계약 관련 용어

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.

2 보상 관련 용어

용 어	정 의
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 각 보장의 보상하는 손해 조항(「보험금 등의 지급한도」 조항)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
보험금	보험금의 지급사유가 발생하였을 때 회사가 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
중요한 사항	"계약 전 알릴 의무"와 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.

3 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. **[연단위 복리 예시]** 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2 년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원 • 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년치 이자)) × 10% = 11원 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균 공시 이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. **[평균공시이율]** 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호(【부록】 참조)에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)(【부록】 참조)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
해지 환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정의
보험 기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음 각 호에 해당하는 경우는 제외합니다. 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
보장 개시일	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.
보험 계약일	계약자와 회사가 보험계약을 체결한 날을 말합니다.
보험 년도	당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 보험계약일이 2020년 1월 15일인 경우 보험년도는 1월 15일부터 차년도 1월 14일까지 1년입니다.
계약 해당일	보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액을 말합니다.
보장 보험료	손해를 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가 보험료	회사운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용, 계약관리비용 및 손해조사비로 구분됩니다. 계약관리비용은 다시 유지관련비용과 기타비용으로 구분할 수 있습니다.

보험료 = 보장보험료
보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

제2관. 보험금의 지급

제3조(보상하는 손해)

1 이 계약에서 피보험자라 함은 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)으로서 아래의 사람을 말합니다.

1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자(이하 "배우자"라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 동거 친족(「민법」 제777조)(【부록】 참조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
5. 위 1.~4.에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

2 회사는 제1항에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "우연한 사고"로 "대인배상책임" 또는 "대물배상책임"을 부담함으로써 입은 아래의 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

3 제2항의 "우연한 사고"는 아래에 열거한 사고(이하 "사고"라 합니다)를 말하며, 그 사고로 인하여 피보험자에게 발생한 배상책임손해에 한하여 보상합니다.

1. 피보험자가 살고 있는 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(주거용 건물에 한하고, 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

4 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제2항 제1호에 따라 보험증권에 기재된

주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

5 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 보험증권상 기재된 주택을 소유하지 않게 되어 제3항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않은 경우, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 보험증권상 기재된 주택을 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

6 제2항의 "대인배상책임"이라 함은 타인의 신체장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.

7 제2항의 "대물배상책임"이라 함은 타인의 재물손해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

1 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그렇지 않습니다.
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
6. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제6호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다. **[핵연료물질에 의하여 오염된 물질]** 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

2 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행으로 인한 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체장해(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다)로 인한 배상책임
4. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
5. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
8. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
9. 폭력행위로 인한 배상책임

제5조(손해의 통지 및 조사)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함)과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항(【부록】 참조)에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제6조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출해야 합니다.

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

제7조(보험금의 지급절차)

1 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 날부터 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

2 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

3 회사가 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 "【붙임】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 지급한도)

회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금: 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금("대인배상책임" 없음, "대물배상책임" 20만원)을 초과한 부분만 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 '가'목, '나'목 및 '마'목의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 '다'목 및 '라'목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

제9조(의무보험과의 관계)

1 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.

2 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다.

3 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 "의무보험에서 보상하는 금액"으로 봅니다.

제10조(보험금의 분담)

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

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

2 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

3 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 제1항에 의한 지급 보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조(손해방지의무)

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

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

[손해배상청구에 대한 회사의 해결]
피해자는 피보험자를 대신하여 회사에 보험금 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 그 사고에 대하여 손해배상책임의 발생 여부, 손해배상금액 등이 부당하다고 여겨 따지거나 반대하고자 하는 의사를 밝히는 경우 회사는 피보험자를 대신하여 피해자에게 반대하는 등 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

3 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제13조(합의 · 절충 · 중재 · 소송의 협조 · 대행 등)

1 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

[보상책임을 지는 한도]
동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유 없이 협력하지 않은 때

5 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제14조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

2 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한

조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 지급합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

4 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

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

제16조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자는 지체 없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나, 변경되었음을 알았을 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

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

제16조2(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 보험계약 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 보험계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제17조(사기에 의한 계약)

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

2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제18조(보험계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

3 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

4 이미 성립한 계약을 연장하거나 변경하는 경우에는 회사는 보험증권에 그 사실을 기재함으로써 보험증권의 교부에 대신할 수 있습니다.

제19조(청약의 철회)

1 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 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)(【부록】 참조), 보험업법시행령 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)(【부록】 참조) 또는 「보험업감독규정」 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)(【부록】 참조)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등의 전문보험계약자를 말합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약철회를 신청할 수 있습니다.

4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 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 이를 증명하여야 합니다.

제20조(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 설명문(약관의 중요한 내용을 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.

[약관의 중요한 내용]
「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.
· 청약의 철회에 관한 사항
· 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
· 고지의무 위반의 효과
· 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
· 해지환급금에 관한 사항
· 분쟁조정절차에 관한 사항
· 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의조건
· 저축성 보험계약의 공시이율
· 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
· 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

[통신판매계약]
전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

2 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]
1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조 제2호에 규정한 전자서명
3. 「전자서명법」 제2조 제3호에 규정한 공인전자서명
(관련법령【부록】참조)

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자 및 피보험자가 동일한 경우에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제1항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

4 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제21조(계약의 무효)
회사는 계약을 맺을 때에 각 보장조항 및 특별약관에서 정한 보험사고가 이미 발생하였을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 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.

제22조(계약내용의 변경 등)

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

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

2 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

3 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해지환급금] 보험료 등의 감액시 해지환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해지환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제23조(조사)

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

2 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

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

제24조(타인을 위한 계약)

1 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

2 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약] 계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제25조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 책임준비금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]
생년월일: 1989년 11월 2일, 계약일: 2020년 4월 13일
⇒ 2020년 4월 13일 − 1989년 11월 2일 = 30년 5개월 11일 = 30세

제26조(특별약관의 소멸)

1 피보험자 본인의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

2 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구)의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

3 제1항의 "사망"은 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.

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

4 제1항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의에 의한 피보험자 본인의 사망의 경우에는 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

[책임준비금]
장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제27조(특별약관의 자동갱신)

1 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 "갱신전 보장특약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장특약(이하 "갱신후 보장특약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 보장특약이 소멸되지 않을 것

2 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신 후 보장특약의 만기일이 회사가 정한 기간을 초과할 경우에는 회사가 정한 기간까지의 기간을 갱신후 보장특약 보험기간으로 합니다.

3 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

4 제3항의 알릴의무에 대하여는 제16조(계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제28조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.

2 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제29조(자동갱신 적용)

1 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

2 회사는 제27조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 보장특약 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제30조(갱신보장특약의 보장개시)

제27조(특별약관의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제31조(갱신보장특약의 보험기간)

1 갱신보장특약의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 보장특약의 보험기간이 갱신보장특약의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 갱신후 보장특약의 보험기간을 그 잔여기간으로 합니다.

2 갱신보장특약의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 만기일로 합니다.

제5관. 보험료의 납입

제32조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

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 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급

사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제4조(보상하지 않는 손해), 제17조(사기에 의한 계약), 제21조(계약의 무효) 및 제38조(특별약관의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

4 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하나, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

5 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제33조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일] 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제34조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제35조(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 있습니다. 이 경우 제42조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

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

4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제41조(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.

제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함하며, 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회

사는 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]
보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 납입최고(독촉)의 통지가 계약자(타인을 위한 계약의 경우에는 그 특정된 타인을 포함)에게 도달한 날부터 시작됩니다. 납입최고(독촉)기간은 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 동법 제2조 제3호(【부록】 참조)에 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 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제41조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제41조(해지환급금)에 따라 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 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 보험료(보장보험료와 적립보험료의 합계액)와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)을 납입하여야 합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립), 제32조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제38조(특별약관의 해지)의 규정을 준용합니다.

3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제38조(특별약관의 해지)가 적용됩니다.

제37조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

1 타인을 위한 계약의 경우 제41조(해지환급금)에 따른 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제22조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

3 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가

7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

4 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행]
국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.

[담보권실행]
담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

[국세 및 지방세 체납처분 절차]
국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.
법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.
또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제6관. 계약의 해지 및 해지환급금 등

제38조(특별약관의 해지)

1 계약자는 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

2 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제15조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제16조(계약 후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

4 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지 할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 부여하지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

5 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 제41조(해지환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

6 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에도 그 손해를 보상하지 않습니다.

단, 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.

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

8 제36조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제39조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급] 계약자, 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제41조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제40조(회사의 파산선고와 해지)

1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제41조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제41조(해지환급금)

1 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 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 "【붙임】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산"에 따릅니다.

3 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제42조(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 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제35조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를

차감합니다.

4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제43조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제44조(분쟁의 조정)

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

제45조(관할법원)

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

제46조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성] 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2020년 1월 1일에 발생하였음에도 2023년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제47조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙] 권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)(【부록】 참조)

제48조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료] 계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제49조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및

보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제50조(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 개인정보를 제공할 수 있습니다.

2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제51조(준거법)

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

제52조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

〈붙임〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지급이자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)
해지환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 제도성 특별약관

6-1. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 "보장특약"이라 합니다)의 보험기간 5년만기 자동갱신에 대하여 적용합니다.

간편 고지형	상해사망(간편고지, 갱신형), 상해80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 질병80%이상후유장해(1804)(간편고지, 갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 상해수술비(간편고지, 갱신형), 상해상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 골절(치아파절 제외)진단비(간편고지, 갱신형), 5대골절진단비(간편고지, 갱신형), 화상진단비(간편고지, 갱신형), 골절수술비(간편고지, 갱신형), 5대골절수술비(간편고지, 갱신형), 화상수술비(간편고지, 갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병입원비(4일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 간편고지, 갱신형), 질병수술비(간편고지, 갱신형), 질병상급종합병원수술비(간편고지, 갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 3대안과질환수술비(연간1회한, 간편고지, 갱신형), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 4대유사암진단비(간편고지, 갱신형), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(간편고지, 갱신형), 10대고액치료비암진단비(간편고지, 갱신형), 특정소액암진단비(간편고지, 갱신형), 항암방사선치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 항암약물치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 간편고지, 갱신형), 암수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환진단비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중진단비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(간편고지, 갱신형), 뇌졸중수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈진단비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증진단비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(간편고지, 갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 간편고지, 갱신형), 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 간편고지, 갱신형), 깁스치료비(갱신형), 응급실내원치료비(응급, 갱신형), 응급실내원치료비(비응급, 갱신형), 면허정지(영업용운전자용, 갱신형), 면허취소(영업용운전자용, 갱신형), 자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용, 갱신형), 자동차사고변호사선임비용Ⅱ(운전자용, 갱신형), 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형), 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형), 자동차사고부상발생금(1-14급)(차등지급, 갱신형), 보이스피싱손해(갱신형), 의료사고법률비용(실손, 갱신형), 민사소송법률비용(실손, 갱신형), 행정소송법률비용(실손, 갱신형), 질병사망(간편고지, 갱신형), 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 가족일상생활중배상책임Ⅱ(대물20만원공제)(갱신형), 파킨슨병진단비(간편고지, 갱신형), 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 간편고지, 갱신형), 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 간편고지, 갱신형), 중등도이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 경증이상치매진단비(90일이상, 간편고지, 갱신형), 자동차사고대물벌금(운전자용, 갱신형), 상해성뇌출혈수술비(간편고지, 갱신형), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(간편고지, 갱신형), 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(간편고지, 갱신형) 특별약관, 질병수술비(특정3대질병제외)(간편고지, 갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(간편고지, 갱신형), 뇌혈관질환수술비(1회한)(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(간편고지, 갱신형), 허혈성심장질환수술비(1회한)(간편고지, 갱신형)

일반 고지형	상해사망(갱신형), 상해80%이상후유장해(1804)(갱신형), 질병80%이상후유장해(1804)(갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도, 갱신형), 상해입원비(4일이상180일한도, 갱신형), 상해중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형), 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형), 상해수술비(갱신형), 상해상급종합병원수술비(갱신형), 골절(치아파절 제외)진단비(갱신형), 5대골절진단비(갱신형), 화상진단비(갱신형), 골절수술비(갱신형), 5대골절수술비(갱신형), 화상수술비(갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도, 갱신형), 질병입원비(4일이상180일한도, 갱신형), 질병중환자실입원비(1일이상180일한도, 갱신형), 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도, 갱신형), 질병수술비(갱신형), 질병상급종합병원수술비(갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(갱신형), 3대안과질환수술비(연간1회한, 갱신형), 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한, 갱신형), 암(4대유사암제외)진단비(갱신형), 4대유사암진단비(갱신형), 암(특정소액암 및 4대유사암제외)진단비(갱신형), 10대고액치료비암진단비(갱신형), 특정소액암진단비(갱신형), 항암방사선치료비(1회한, 갱신형), 항암약물치료비(1회한, 갱신형), 암직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일이상120일한도, 갱신형), 암요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도, 갱신형), 암수술비Ⅱ(갱신형), 암(4대유사암제외)수술비(1회한, 갱신형), 뇌혈관질환진단비(갱신형), , 뇌졸중진단비(갱신형), 뇌졸중직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형), 뇌졸중수술비(갱신형), 뇌졸중수술비(1회한, 갱신형), 뇌출혈진단비(갱신형), 뇌출혈직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형), 뇌출혈수술비(갱신형), 뇌출혈수술비(1회한, 갱신형), 뇌경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형), 급성심근경색증진단비(갱신형), 급성심근경색증직접치료입원비(4일이상120일한도, 갱신형), 급성심근경색증수술비(갱신형), 급성심근경색증수술비(1회한, 갱신형), 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한, 갱신형), 깁스치료비(갱신형), 응급실내원치료비(응급, 갱신형), 응급실내원치료비(비응급, 갱신형), 면허정지(영업용운전자용, 갱신형), 면허취소(영업용운전자용, 갱신형), 자동차사고대인벌금Ⅱ(운전자용, 갱신형), 자동차사고변호사선임비용Ⅱ(운전자용, 갱신형), 대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형), 중상해대인형사합의실손비(최대5천만원한도, 운전자용, 갱신형), 자동차사고부상발생금(1-14급)(차등지급, 갱신형), 보이스피싱손해(갱신형), 의료사고법률비용(실손, 갱신형), 민사소송법률비용(실손, 갱신형), 행정소송법률비용(실손, 갱신형), 질병사망(갱신형), 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형), 가족일상생활중배상책임Ⅱ(대물20만원공제)(갱신형), 파킨슨병진단비(갱신형), 중증치매진단비Ⅱ(90일이상, 갱신형), 중증치매간병자금Ⅱ(90일이상, 10년간매월지급, 갱신형), 중등도이상치매진단비(90일이상, 갱신형), 경증이상치매진단비(90일이상, 갱신형), 자동차사고대물벌금(운전자용, 갱신형), 상해성뇌출혈수술비(갱신형), 항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(갱신형), 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한)(갱신형) 특별약관, 질병수술비(특정3대질병제외)(갱신형), 56대질병수술비Ⅱ(갱신형), 뇌혈관질환수술비(갱신형), 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형), 허혈성심장질환수술비(갱신형), 허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형)

제2조(보장특약의 자동갱신)

1 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 "갱신전 보장특약"이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 보장특약(이하 "갱신후 보장특약"이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 이 상품의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
4. 갱신전 보장특약이 소멸되지 않을 것

2 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 한다. 다만, 갱신후 보장특약의 만기일이 회사가 정한 기간을 초과할 경우에는 회사가 정한 기간까지의 기간을 갱신후 보장특약 보험기간으로 합니다.

3 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 자동갱신되는 경우, 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

④ 제3항의 알릴 의무에 대하여는 해당 보장특약의 "상해보험계약 후 알릴 의무" 조항을 적용합니다.

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.

② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(자동갱신 적용)

① 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신후 보장특약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.

② 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 보장특약 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신보장특약의 보험기간)

① 갱신보장특약의 보험기간은 5년으로 합니다. 다만, 보통약관의 만기연령까지 최종 갱신후 보장특약의 잔여기간이 1~4년인 경우에는 잔여기간을 최종 갱신후 보장특약의 보험기간으로 합니다.

② 갱신보장특약에 대한 보장이 끝나는 날은 계약시점에 계약자가 선택한 보통약관의 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보통약관의 보험기간을 100세만기, 90세만기로 선택한 경우 질병사망(간편고지, 갱신형) 및 질병사망(갱신형) 특별약관의 자동갱신 보장이 끝나는 날은 피보험자의 보험나이 80세 보험계약 해당일을 초과하지 않습니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 2-46. 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관 및 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관은 갱신시점에 갱신후 보장특약의 보험기간이 [보통약관의 만기연령 - 2세] 계약해당일까지의 잔여기간을 초과할 경우에 갱신후 보장특약의 보험기간을 그 잔여기간으로 합니다. 또한 갱신시점의 나이가 [보통약관의 만기연령 - 2세] 이상인 경우에는 보험기간을 1년으로 하여 갱신합니다. 단, [보통약관의 만기연령 - 2세] 이전까지 2-46. 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(간편고지, 갱신형) 특별약관 및 계속암(재진단암)진단비Ⅱ(갱신형) 특별약관 제1조("첫번째암" 및 "재진단암"의 정의 및 진단확정)에 정한 "첫번째암"이 발생하지 않은 경우 피보험자의 [보통약관의 만기연령 - 2세] 계약해당일에 더 이상 갱신하지 않으며, 보장을 종료합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 보장특약을 따릅니다.

6-2. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가됩니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(【부록】 참조)에 정한 이륜자동차[1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125cc이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)]와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kw미만)인 이륜자동차를 말합니다.

3 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6-3. 특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

3 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

4 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

5 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특별약관 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해로 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 【별표2】(특정 신체부위 · 질병 분류표) 가. 특정 신체부위 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하 "특정부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정 신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다.)
2. 【별표2】(특정 신체부위 · 질병 분류표) 나. 특정질병 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

2 제1항의 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 "1년부터 5년" 또는 "보통약관의 보험기간"(단, 보통약관이 갱신계약인 경우 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지의 기간)으로 합니다. 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에서 보험금을 지급하지 않는 기간을 "보통약관의 보험기간"으로 지정한 경우 보험계약 청약일 이후 5년을 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이

후에는 보장합니다.

4 제3항의 "보험계약 청약일로부터 5년"이라 함은 보통약관에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 제1항에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한 가지 경우에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제 사유가 발생한 경우

6 피보험자가 회사에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

7 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정 신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

8 제1항의 특정 신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

1 회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

2 제1항에 의해 이 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제3항 및 제4항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6-4. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립)을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6-5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.

2 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

1 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 중 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.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우

에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급절차)

1 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)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.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6-6. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.

2 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호(【부록】 참조)에 따른 공인전자서명(이하 "전자서명"이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제22조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

1 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 "보험계약 안내자료"라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

2 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

1 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.

3 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6-7. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 「보험업감독규정」 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항 및 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하, "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

> **제7-55조(생명보험의 사업방법서)**
> 생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. 〈개정 2011.3.22, 2016.4.1〉
> 6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 책임준비금 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다. 〈신설 2016.4.1〉
>
> **제7-57조(손해보험의 사업방법서)**
> ① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

1 법률연계보장에 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우

3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

2 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.

3 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

4 회사는 계약체결시 계약자에게 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 다음 각 호의 내용을 계약자에게 안내합니다.

1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음

5 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

6 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 보험계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 해당 특별약관을 따릅니다.

무배당 참 편한 실속 건강보험2004

별표

【별표1】 장해분류표

Ⅰ. 총 칙

1. 장해의 정의

1) "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 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 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

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

3. 기타

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

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) "교정시력"이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) "한 눈이 멀었을 때"라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나("광각무") 겨우 가릴 수 있는 경우("광각유")를 말한다.
4) "한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때"라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) "안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해"라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) "안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) "뚜렷한 시야 장해"라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검

사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) "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.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 "뚜렷한 추상(추한 모습)"으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 "약간의 추상(추한 모습)"으로 지급률을 가산한다.

12) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) "한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) "심한 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) "약간의 장해를 남긴 때"라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 "언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사" 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) "귓바퀴의 대부분이 결손된 때"라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말한

다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) "평형기능에 장해를 남긴 때"라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실 양측 전정기능 감소 일측 전정기능 소실	14 10 4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상) 장기 통원치료(1년간 6회 이상) 단기 통원치료(6개월간 6회 이상) 단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	6 4 2 0
기능장해소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	20 12 8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

2) "코의 후각기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.

3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.

4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

"손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산

하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) "심한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) "뚜렷한 운동장해"란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) "약간의 운동장해"

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) "심한 기형"이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) "뚜렷한 기형"이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) "약간의 기형"이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가

옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) "추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해"란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상 (또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) "추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해"란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) "추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해"란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

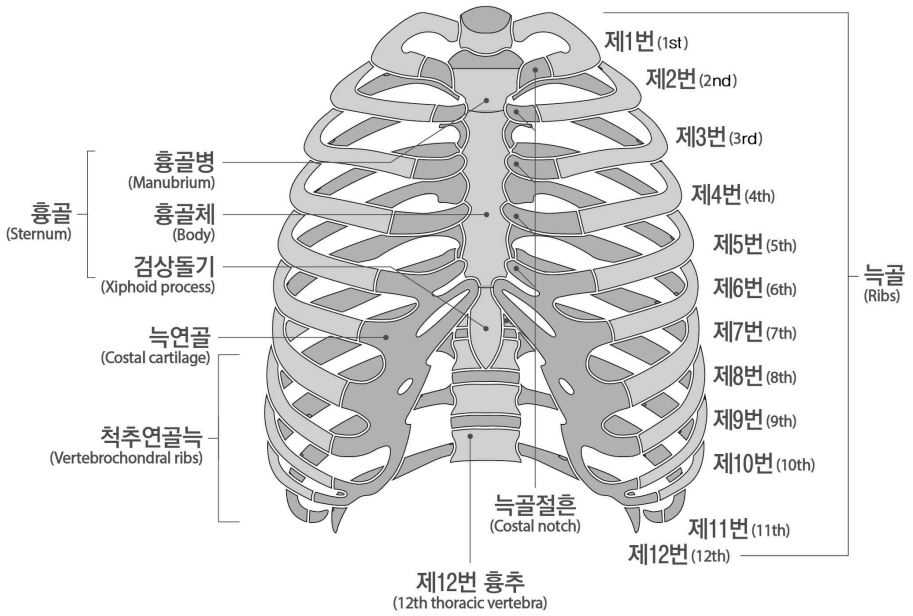
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

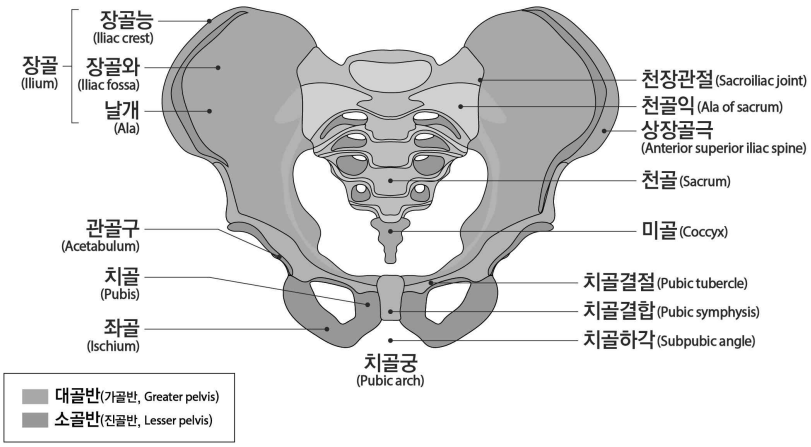
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) "빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.


흉골병
(Manubrium)
흉골
(Sternum)
흉골체
(Body)
검상돌기
(Xiphoid process)
늑연골
(Costal cartilage)
척추연골늑
(Vertebrochondral ribs)
제1번 (1st)
제2번 (2nd)
제3번 (3rd)
제4번 (4th)
제5번 (5th)
제6번 (6th)
제7번 (7th)
제8번 (8th)
제9번 (9th)
제10번 (10th)
제11번 (11th)
제12번 (12th)
늑골
(Ribs)
늑골절흔
(Costal notch)
제12번 흉추
(12th thoracic vertebra)

〈 가슴뼈 〉


장골능
(Iliac crest)
장골
(Ilium)
장골와
(Iliac fossa)
날개
(Ala)
관골구
(Acetabulum)
치골
(Pubis)
좌골
(Ischium)
천장관절 (Sacroiliac joint)
천골익 (Ala of sacrum)
상장골극
(Anterior superior iliac spine)
천골 (Sacrum)
미골 (Coccyx)
치골결절 (Pubic tubercle)
치골결합 (Pubic symphysis)
치골하각 (Subpubic angle)
치골궁
(Pubic arch)
대골반(가골반, Greater pelvis)
소골반(진골반, Lesser pelvis)

〈 골반뼈 〉

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) "팔"이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) "팔의 3대 관절"이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(zero)"인 경우

8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력

이 “1등급(trace)”인 경우

9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우

10) “관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우

11) “가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

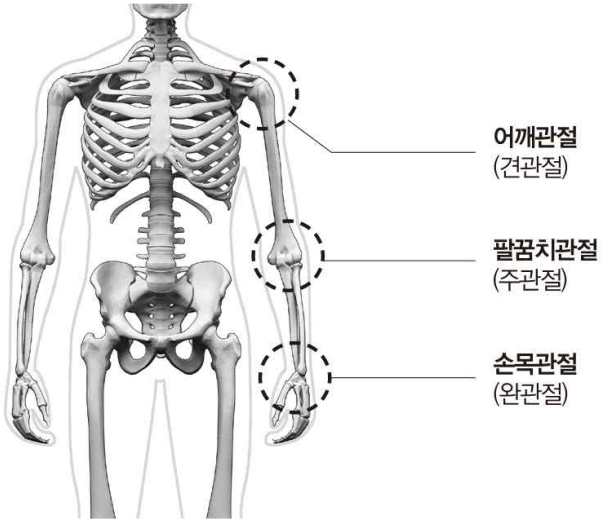
12) “가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

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

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



〈 팔의 3대 관절 〉

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우
8) “관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는

것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(trace)"인 경우

9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우

10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) "가관절[주)]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

13) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

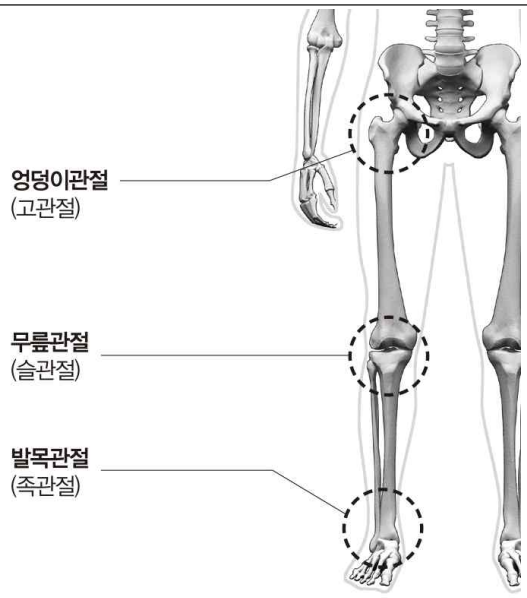
14) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



〈 다리의 3대 관절 〉

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로

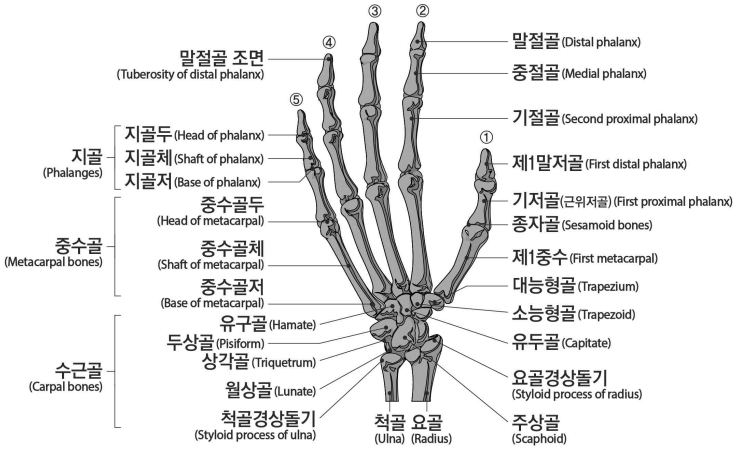
손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

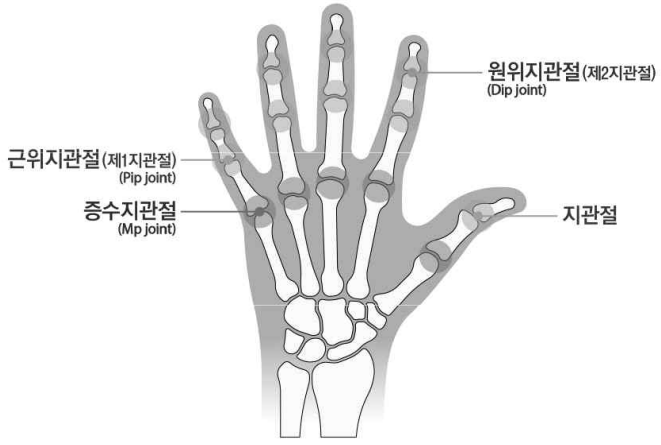
7) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 손가락-1 〉



〈 손가락-2 〉

11. 발가락의 장해

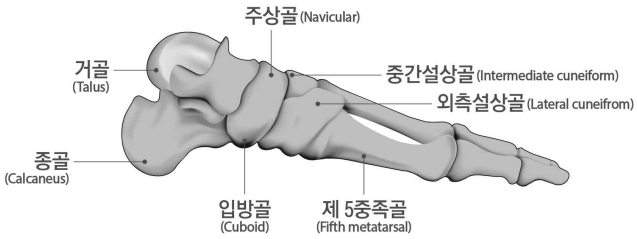
가. 장해의 분류

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

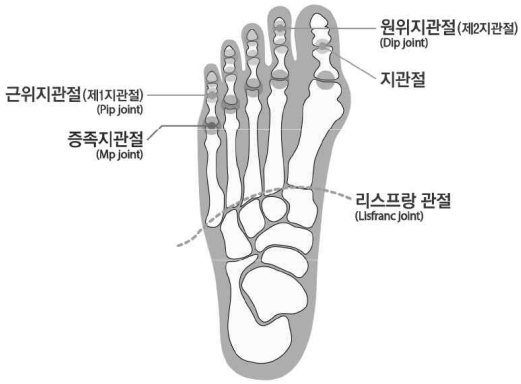
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) “리스프랑관절 이상을 잃었을 때”라 함은 족근–중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) “발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

〈 발가락-1 〉



〈 발가락-2 〉



〈 발가락-3 〉

12. 흉 · 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) "심장 기능을 잃었을 때"라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 "〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 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 장해를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "〈붙임〉일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이

상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장해측정기준"[주] 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※ 주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장해측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장해측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미

극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

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

4) 뇌전증(간질)

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

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

다) "심한 간질 발작"이라 함은 월 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.

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

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

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

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

【별표2】 특정 신체부위 · 질병 분류표

가. 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장
2. 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3. 대장(맹장, 직장 제외)
4. 직장
5. 항문
6. 간
7. 담낭(쓸개) 및 담관
8. 췌장
9. 비장
10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11. 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12. 인두 및 후두(편도 포함)
13. 식도
14. 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15. 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16. 안구 및 안구부속기 [안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
17. 신장
18. 부신
19. 요관, 방광 및 요도
20. 음경
21. 질 및 외음부
22. 전립선
23. 유방(유선 포함)
24. 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26. 난소 및 난관
27. 고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28. 갑상선
29. 부갑상선
30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31. 피부(두피 및 입술 포함)
32. 경추부(해당신경 포함)
33. 흉추부(해당신경 포함)
34. 요추부(해당신경 포함)
35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36. 왼쪽 어깨
37. 오른쪽 어깨
38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)

특정 신체부위
42. 왼쪽 고관절
43. 오른쪽 고관절
44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48. 상 · 하악골(위턱뼈 · 아래턱뼈)
49. 쇄골
50. 늑골(갈비뼈)

나. 특정질병

특정질병	세부내용	분류번호
1. 담석증	담석증	K80
2. 요로결석증	신장 및 요관의 결석	N20
	하부요로의 결석	N21
	상세불명의 신장 급통증	N23
3. 골관절증 및 류마토이드관절염	혈청검사양성 류마티스관절염	M05
	기타 류마티스관절염	M06
	연소성 관절염	M08
	다발관절증	M15
	고관절증	M16
	무릎관절증	M17
	제1수근중수관절의 관절증	M18
	기타 관절증	M19
4. 척추질환	척주후만증 및 척주전만증	M40
	척주측만증	M41
	척추증	M47
	경추간판장애	M50
	기타 추간판장애	M51
	등통증	M54
5. 심장질환	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
	폐색전증	I26

특정질병	세부내용	분류번호
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32*
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39*
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41*
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43*
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52*
6. 뇌혈관질환	지주막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	뇌혈관질환의 후유증	I69
	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
	뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	G46*
7. 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
8. 당뇨병	1형 당뇨병	E10
	2형 당뇨병	E11
	영양실조-관련 당뇨병	E12

특정질병	세부내용	분류번호
	기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병	E13 E14
9. 결핵	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵 신경계통의 결핵 기타 기관의 결핵 좁쌀결핵	A15 A16 A17+ A18 A19
10. 자궁근종	자궁의 평활근종	D25
11. 자궁내막증	자궁내막증	N80
12. 난소낭종	난소의 양성 신생물	D27

【별표3】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

4. 위 골절 분류표는 골절수술에 적용되는 분류표입니다.

【별표4】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

4. 위 골절(치아파절 제외) 분류표는 골절진단에 적용되는 분류표입니다.

【별표5】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분 류 번 호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절, 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표6】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 상 병	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 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. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 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
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표7】 상해성뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 상해성뇌출혈로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
초점성 뇌손상	S06.3
경막외 출혈	S06.4
외상성 경막하출혈	S06.5
외상성 지주막하 출혈	S06.6
외상성 소뇌출혈	S06.8

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표8】 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표9】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
한글명칭	영문명칭	
림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes	C77
호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs	C78
기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other sites	C79
신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis	C79.0
방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs	C79.1
피부의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of skin	C79.2
뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges	C79.3
신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system	C79.4
골 및 골수의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bone and marrow	C79.5
난소의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of ovary	C79.6
부신의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland	C79.7
기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other specified sites	C79.8
부위의 명시가 없는 악성 신생물	Malignant neoplasm without specification of site	C80

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

4. 한국표준질병 · 사인분류 지침서의 「사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지

침」에 따라 C77~C80의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표10】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표11】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표12】 10대고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병 · 사인분류에 있어서, 10대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물 – 사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물 – 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~41 C40 C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성 신생물 – 수막의 악성 신생물 – 뇌의 악성 신생물 – 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70~72 C70 C71 C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물 – 호지킨림프종 – 소포성 림프종 – 비소포성 림프종 – 성숙T/NK-세포림프종 – 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종 – T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 – 악성 면역증식성 질환 – 다발골수종 및 악성 형질세포신생물 – 림프성 백혈병 – 골수성 백혈병 – 단핵구성 백혈병 – 명시된 세포형의 기타 백혈병 – 상세불명 세포형의 백혈병 – 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물 – 만성 골수증식질환 – 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	C81~96 C81 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C90 C91 C92 C93 C94 C95 C96 D47.1 D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
7. 담낭의 악성 신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
9. 기관의 악성 신생물	C33
10.기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표13】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 지주막하출혈	I 60
2. 뇌내출혈	I 61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I 62
4. 뇌경색증	I 63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I 64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I 65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I 66
8. 기타 뇌혈관질환	I 67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I 68*
10. 뇌혈관질환의 후유증	I 69

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표14】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우

대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표15】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 지주막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표16】 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 협심증	I 20
2. 급성 심근경색증	I 21
3. 후속심근경색증	I 22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I 23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I 24
6. 만성 허혈심장병	I 25

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표17】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표18】 56대질병 분류표

약관에 규정하는 56대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1) 12대질병

대 상 질 병		분 류 번 호
당뇨병	1형 당뇨병 2형 당뇨병 영양실조-관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병 당뇨병성 단일신경병증 당뇨병성 다발신경병증 당뇨병성 백내장 당뇨병성 망막병증 당뇨병성 관절병증 당뇨병에서의사구체장애	E10 E11 E12 E13 E14 G59.0* G63.2* H28.0* H36.0* M14.2* N08.3*
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스심장질환 허혈심장질환 폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막구균성 심장막염(I32.0*) - 수막구균성 심내막염(I39.8*) - 수막구균성 심근염(I41.0*) - 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5+
	칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
고혈압	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 신장병 고혈압성 심장 및 신장병 이차성 고혈압 고혈압성 뇌병증 고혈압성 망막병증	I10 I11 I12 I13 I15 I67.4 H35.02
뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
간질환	바이러스간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*)	B25.1+ B58.1+
위 · 십이지장궤양	위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성궤양	K25~K27
갑상선질환	갑상선의 장애	E00~E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0+)	H06.2*
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성하부 호흡기 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J40 J41

대 상 질 병		분 류 번 호
	상세불명의 만성 기관지염 천식, 천식지속상태	J42 J45, J46
결핵	결핵, 결핵의 후유증	A15~A19, B90
	– 결핵관절염(A18.01+) – 척추의 결핵(A18.00+) – 뼈의 결핵(A18.02+) – 결핵성 방광염(A18.11+) – 자궁경부의 결핵감염(A18.15+) – 여성 결핵성 골반염증질환(A18.16+) – 결핵성 복막염(A18.30+) – 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애 (A18.3–+)	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1* K67.3* K93.0*
신부전	신부전	N17~N19
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J12 J13 J14 J15 J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17*
	– 수두폐렴(J17.1*) – 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*) – 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) – 폐톡소포자충증(J17.3*)	B01.2+ B05.2+ B25.0+ B58.3+
	상세불명 병원체의 폐렴 재향군인병 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	J18 A48.1 B05.2+

2) 19대경증질병

대 상 질 병		분 류 번 호
생식기질환 (포경 수술제외)	남성 생식기관의 질환(남성불임, 단순포경, 과잉포피, 포경 및 감돈포경, 귀두포피염 제외)	N40~N45 N48~N51 (N48.1제외)
	– 편모충성 전립선염(N51.0*) – 전립선의 결핵(N51.0*) – 기타 남성생식기관의 결핵(N51.–*) – 볼거리고환염(N51.1*)	A59.01+ A18.13+ A18.14+ B26.0+
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	– 자궁경부의 결핵(N74.0*) – 결핵성 여성골반염증 질환(N74.1*)	A18.15+ A18.16+
	여성생식관의 비염증성 장애 (습관성 유산자, 여성불임, 인공 수정과 관련된 합병증 제외) 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N80~N95 N99
담석증	담석증	K80
사타구니 탈장	사타구니탈장	K40
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
축농증	만성 부비동염	J32

대 상 질 병		분 류 번 호
급성상기도 감염	급성 상기도감염	J00~06
담낭담도질환	담낭염 담낭의 기타 질환 담도의 기타 질환	K81 K82 K83
중이의 진주종	중이의 진주종	H71
귀경화증	귀경화증	H80
관절염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 관절증 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M20~M25
	류마티스폐질환(M05.1+)	J99.0*
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82* M84
소화기계통의 양성 신생물	기타 및 부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13
중이, 호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물	중이 및 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D14 D15
골 및 관절 연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성 신생물	중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경 계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분 비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24

3) 특정25대질병

대 상 질 병		분 류 번 호
패혈증	연쇄구균패혈증 기타 패혈증	A40 A41
파킨슨병	파킨슨병 이차성 파킨슨증	G20 G21
중추신경계통의 탈수초질환	중추신경계통의 탈수초질환	G35~G37
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
대동맥류	대동맥동맥류 및 박리	I71
폐질환	폐기종	J43

대 상 질 병		분 류 번 호
	기타 만성 폐색성 폐질환 기관지확장증 하기도의 화농성 및 괴사성 병태 흉막의 기타 질환	J44 J47 J85~J86 J90~J94
급성췌장염	급성 췌장염	K85
췌장질환	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
	┌ 거대세포바이러스췌장염(K87.1*) └ 볼거리췌장염(K87.1*)	B25.2+ B26.3+
후각특정질환	혈관운동성 및 앨러지성 비염 만성비염, 비인두염 및 인두염 코폴립 코 및 비동의 기타장애	J30 J31 J33 J34
인후부위의 특정질환	편도주위 농양 만성 후두염 및 후두기관염 달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 상기도의 기타 질환	J36 J37 J38 J39
중이 및 유돌의 질환	중이 및 유돌의 질환(중이의 진주종 제외)	H65~H75 (H71 제외)
내이의 질환 (귀경화증 제외)	전정기능의 장애 달리 분류된 질환에서의 현기증후군 내이의 기타 질환	H81 H82 H83
사구체질환	사구체질환(당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00~N08 (N08.3제외)
신세뇨관-간질질환	신세뇨관-간질질환	N10~N16
방광의 결석	방광의 결석	N21.0
신장 및 요관의 기타 장애	신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
방광의 질환	방광염 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 방광의 기타 장애 달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염(A18.11†) 제외)	N30 N31 N32 N33 (N33.0제외)
유방의 장애	양성 유방형성이상 유방의 염증성 장애 유방의 비대 유방의 상세불명의 덩이 유방의 기타 장애	N60 N61 N62 N63 N64
특정 부위의 탈장	대퇴탈장 배꼽탈장 복벽탈장 횡격막탈장 기타 복벽탈장	K41 K42 K43 K44 K45

대 상 질 병		분 류 번 호
	상세불명의 복벽탈장	K46
비감염성 장염 및 결장염	크론병[국소성 장염] 궤양성 대장염 기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
특정 장질환	장의 혈관장애 탈장이 없는 마비성 장폐 색증 및 장폐색 장의 게실병	K55 K56 K57
복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염 제외)	K65-K67 (K67.3제외)
척추변형	척주후만증 및 척주전만증 척주측만증 척추골연골증 기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
안면신경장애	삼차신경의 장애 안면신경장애 기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
단일신경 병증	팔의 단일신경병증 다리의 단일신경병증 기타 단일신경병증 달리 분류된 질환에서의단일신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제외)	G56 G57 G58 G59 (G59.0제외)

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

4. 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있음(자세한 내용은 「한국표준질병 · 사인분류」를 참고)

【별표19】 7대기관질병 분류표

약관에 규정하는 7대기관질병으로 분류된 질병은 제7차 개정 한국표준질병.사인분류 (통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

질병구분	대상질병	분류번호
1. 간관련 질병	바이러스간염	B15~B19
	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*)	B25.1+
	- 톡소포자충간염(K77.0*)	B58.1+
2. 심장관련 질병	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막구균성 심장막염(I32.0*) - 수막구균성 심내막염(I39.8*) - 수막구균성 심근염(I41.0*) - 수막구균성 심장염 NOS(I52.0*)	A39.5+
	- 칸디다심내막염(I39.8*)	B37.6+
3. 신부전	신부전	N17~N19
4. 특정장질환	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K56
	장의 게실병	K57
5. 뇌혈관질환	뇌혈관질환	I60~I69
6. 폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐색성 폐질환	J44
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
7. 담낭,담도 및 췌장질환	담낭염	K81
	담낭의 기타질환	K82
	담도의 기타질환	K83
	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87
	- 거대세포바이러스췌장염(K87.1*)	B25.2+
	- 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3+

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표20】 3대안과질환 분류표

약관에 규정하는 3대안과질환으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
녹내장	녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40, H42*
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표21】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상 보장법 시행령」(이하 "자배법 시행령"이라 합니다) 제3조 제1항 2호와 관련되며, 부상등급의 세부적용기준은 자배법 시행령 [별표1] "상해의 구분과 책임보험금의 한도금액"에서 정한 사항 중 "2.영역별 세부지침"을 준용합니다. 단, 자배법 시행령의 개정에 따라 부상등급의 세부적용기준이 변경된 경우에는 사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용하며, 사고 발생시점에 자배법 시행령이 변경 또는 폐지되어 아래의 부상등급에 대해 준용할 세부적용기준이 없는 경우, 회사는 변경 또는 폐지 직전의 기준을 적용하여 부상등급을 정합니다.

부상 등급	상해 내용
1급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상 · 좌창 · 괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해 5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
3급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)

부상 등급	상해 내용
4급	15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해

부상 등급	상해 내용
5급	28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3 ~ 5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골 · 월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절

부상 등급	상해 내용
8급	15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해

부상 등급	상해 내용
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

부상등급	상해 내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예: 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다.
	나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.
	다. 1개의 상해에서 2개 이상의 상향 또는 하향 조정의 요인이 있을 때 등급 상향 또는 하향 조정은 1회만 큰 폭의 조정을 적용한다. 다만, 상향 조정 요인과 하향 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 폭의 상향 또는 큰 폭의 하향 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.
	라. 재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.
	마. 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.
두부	가. "뇌손상"이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상 · 하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수활액낭종, 거미막 낭종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.
	나. 4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌신경 손상이나 국소성 신경학적 이상 소견이 있는 경우 한 등급을 상향 조정할 수 있다.
	다. 신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다.
	라. 글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.
	마. 글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.
	바. 의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.
	사. 두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.
	아. 만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.
	자. 외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.
흉 · 복부	심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가소견이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.
척추	가. 완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불완전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.
	나. 척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.
	다. 척주 손상으로 인하여 신경근증 이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.
	라. 마미증후군은 척수손상으로 본다.
상 · 하지 공통	가. 2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
	나. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
	다. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 "수술적 치료를 시행하지 않은"이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하향 조정함을 원칙으로 한다.
	라. 양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
	마. 골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.

부상등급		상해 내용
		바. 재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.
		사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
		아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
		자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
		차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
		카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
		타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
		파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
		하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다
		거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
		너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
		더. "근, 건, 인대 파열"이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
		러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
		머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
		버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
		서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, "다발성 혈관 손상"이란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
	상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
		나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
		다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
		라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.
	하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
		나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
		다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
		라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
		마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
		바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
		사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, "골절 탈구"란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
		아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.
		자. "하지의 3대 관절"이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.
		차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다.
		카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.

【별표22】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 「도로교통법」 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우

2. 「도로교통법」 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우

3. 「도로교통법」 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우

4. 「도로교통법」 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법 · 금지시기 · 금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우

5. 「도로교통법」 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 「도로교통법」 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 「건설기계관리법」 제26조(건설기계조종사면허) 또는 「도로교통법」 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않은 것으로 본다.

8. 「도로교통법」 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 「도로교통법」 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우

10. 「도로교통법」 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우

11. 「도로교통법」 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를

위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우

12. 「도로교통법」 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 않도록 필요한 조치를 하지 않고 운전한 경우

※ 상기외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표23】 파킨슨병 분류표

약관에 규정하는 파킨슨병으로 분류된 질병은 제7차 개정 한국표준질병.사인분류 (통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
파킨슨병 파킨슨병에서의 치매(G20+)	G20 F02.3*

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표24】 특정3대질병 분류표

약관에 규정하는 특정3대질병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제 2015-309호, 2016.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
관절염	감염성 관절병증 염증성 다발관절병증 관절증 기타 관절장애	M00~M03 M05~M14 M15~M19 M20~M25
	류마티스폐질환(M05.1+)	J99.0*
백내장	노년백내장 기타 백내장 수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
생식기질환	남성생식기관의 질환(남성불임 제외)	N40~N45, N47~N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0*) - 전립선의 결핵(N51.0*) - 기타 남성생식기관의 결핵(N51.-*) - 볼거리고환염(N51.1*)	A59.01+ A18.13+ A18.14+ B26.0+
	여성골반내기관의 염증성 질환	N70~N77
	- 자궁경부의 결핵(N74.0*) - 결핵성 여성골반염증질환(N74.1*)	A18.15+ A18.16+
	여성생식관의 비염증성 장애 달리 분류되지 않은 비뇨생식계통의 처치후 장애	N80~N95 N99

주) 1. 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

3. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.)

【별표25】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

대상이 되는 항목		진료행위코드
체외조사에대한방사선모의치료및치료계획		
	기본치료계획[1문조사]-제1회	HD010
	기본치료계획[1문조사]-제2회부터	HD410
	기본치료계획[2문대향조사]-제1회	HD011
	기본치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD411
	기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD012
	기본치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD412
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제1회	HD013
	전산화방사선치료계획[1문조사]-제2회부터	HD413
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제1회	HD014
	전산화방사선치료계획[2문대향조사]-제2회부터	HD414
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제1회	HD015
	전산화방사선치료계획[비대향2문조사,3문이상조사]-제2회부터	HD415
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제1회	HD016
	전산화방사선치료계획[운동조사법]-제2회부터	HD416
	전산화방사선치료계획[수술중방사선치료계획]	HD017
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제1회	HD018
	전산화방사선치료계획[입체조형치료계획]-제2회부터	HD418
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제1회	HD019
	전산화방사선치료계획[정위적방사선수술계획]-제2회부터	HD419
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제1회	HD020
	전산화방사선치료계획[양성자치료계획]-제2회부터	HD420
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제1회	HD041
	전산화방사선치료계획[세기변조방사선치료계획]-제2회부터	HD441
밀봉소선원치료에대한치료계획및모의치료		
	외부접촉조사치료	HD021
	강내치료,관내치료	HD022
	조직내치료	HD023
치료보조기구고안및제작-차폐물		HD031
치료보조기구고안및제작-보상체		HD032
치료보조기구고안및제작-고정기구		HD033
전립선암에Iodine-125영구삽입술[계획]		HD040
체내(체표면)선량측정		HX401
조사면검교정-필름검교정		HY402
조사면검교정-전기적영상검교정[2차원]		HY404
조사면검교정-전기적영상검교정[3차원]		HY405
체외조사-저에너지방사선치료[1문조사]		HD051
체외조사-저에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]		HD054
체외조사-중에너지방사선치료[1문조사]		HD052

체외조사-중에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD055
체외조사-고에너지방사선치료[1문조사]	HD053
체외조사-고에너지방사선치료[2문대향조사(2문조사)부터]	HD056
회전조사-저에너지방사선치료	HD057
회전조사-중에너지방사선치료	HD058
회전조사-고에너지방사선치료	HD059
입체조형치료	HD061
개봉선원치료-경구투여방법	HD071
개봉선원치료-정맥주사방법	HD072
개봉선원치료-기타방법	HD073
밀봉소선원치료-외부근접(접촉)조사치료	HD080
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD081
밀봉소선원치료-강내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD082
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD083
밀봉소선원치료-강내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD084
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-1치료기간당	HD085
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[고선량률분할치료]-치료중단시	HD086
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-방사성선원삽입당일	HD087
밀봉소선원치료-조직내치료,관내치료[저선량률분할치료]-익일부터	HD088
밀봉소선원치료-방사성입자의자입치료	HD089
전신조사-전신	HD091
전신조사-전림프절	HD092
전신피부전자선조사	HD093
정위적방사선분할치료	HD110
체부정위적방사선수술-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술-선형가속기이용[1회로치료종결]	HD112
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술-사이버나이프이용[1회로치료종결]	HD212
뇌정위적방사선수술-감마나이프이용	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프이용	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기이용	HD115
양성자치료	HD121
세기변조방사선치료	HZ271
전립선암에Iodine-125영구삽입술[치료]	HD150

【별표26】 급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

약 효 분 류	분 류 번 호
부신호르몬제	245
난포 및 황체호르몬제	247
기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
비타민B제(비타민B1을 제외)	313
기타의 혈액 및 체액용약	339
해독제	392
따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
항악성종양제	421
기타의 종양치료제	429
방사성 의약품	431
주로 악성종양에 작용하는 것	617
기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표27】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">기간</th><th>지급이자</th></tr>
<tr><td rowspan="4">보험금</td><td colspan="2">지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(4.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(6.0%)</td></tr>
<tr><td colspan="2">지급기일의 91일 이후 기간</td><td>보험계약대출이율
+ 가산이율(8.0%)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">만기환급금</td><td rowspan="3">지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간</td><td rowspan="2">지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우</td><td>1년 이내:
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과: 1%</td></tr>
<tr><td>지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우</td><td>공시이율</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해지환급금</td><td colspan="2" rowspan="2">지급사유가 발생한 날의 다음날부터
청구일까지의 기간</td><td>1년 이내:
공시이율의 50%</td></tr>
<tr><td>1년 초과: 1%</td></tr>
<tr><td colspan="2">청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

주) 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

주) 3. 가산이율 적용 시 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주) 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

주) 5. 상기 공시이율은 보장성보험 공시이율Ⅴ로 적용합니다.

【부 록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2020.03.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

공직선거법	374
관공서의 공휴일에 관한 규정	375
교통사고처리 특례법	375
근로자의 날 제정에 관한 법률	376
도로교통법	377
민법	378
민사소송법	378
변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙	380
보험업감독규정	380
보험업감독업무 시행세칙	381
보험업법	381
보험업법 시행령	382
산업재해보상보험법 시행규칙	383
상법	386
소비자기본법	386
의료법	387
의료법 시행규칙	388
자동차관리법 시행규칙	389
자동차손해배상보장법 시행령	390
전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법	391
전자서명법	392
형법	392
호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	393

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인 · 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시 · 도의원선거 및 시 · 도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시 · 도의원선거, 자치구 · 시 · 군의원선거 및 자치구 · 시 · 군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다.

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항 · 제3항 · 제4항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(대통령당선인의 결정 · 공고 · 통지)제1항 · 제2항, 제188조(지역구국회의원당선인의 결정 · 공고 · 통지)제1항 내지 제4항, 제189조(비례대표국회의원의석의 배분과 당선인의 결정 · 공고 · 통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시 · 도의원선거 및 시 · 도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시 · 도의원선거, 자치구 · 시 · 군의원선거 및 자치구 · 시 · 군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다.

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴 · 사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는

대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거 · 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3 · 1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 〈2005.6.30.〉
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일이 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제4호 또는 제9호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

② 제2조제7호에 따른 공휴일이 토요일이나 다른 공휴일과 겹칠 경우 제2조제7호에 따른 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일을 공휴일로 한다.

교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한

경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법 · 금지시기 · 금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

근로자의 날 제정에 관한 법률

5월 1일을 근로자의 날로 하고, 이 날을 「근로기준법」 에 따른 유급휴일(有給休日)로 한다.

제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리)

① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 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 행정안전부령으로 정하는 어린이집
3. 「학원의 설립 · 운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
4. 「초 · 중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립 · 운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원 · 초등학교 교과과정이 있는 학교

② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.

③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.

④ 지방경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.

⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.

1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
2. 속도 제한 및 횡단보도에 관한 안전표지
3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가

있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.

제73조(교통안전교육)

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 대통령령으로 정하는 바에 따라 특별교통안전 의무교육을 받아야 한다. 이 경우 제2호부터 제4호까지에 해당하는 사람으로서 부득이한 사유가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 의무교육의 연기(延期)를 받을 수 있다.

1. 운전면허 취소처분을 받은 사람(제93조제1항제9호 또는 제20호에 해당하여 운전면허 취소처분을 받은 사람은 제외한다)으로서 운전면허를 다시 받으려는 사람
2. 제93조제1항제1호 · 제5호 · 제5호의2 · 제10호 및 제10호의2에 해당하여 운전면허효력 정지처분을 받게 되거나 받은 사람으로서 그 정지기간이 끝나지 아니한 사람
3. 운전면허 취소처분 또는 운전면허효력 정지처분(제93조제1항제1호 · 제5호 · 제5호의2 · 제10호 및 제10호의2에 해당하여 운전면허효력 정지처분 대상인 경우로 한정한다)이 면제된 사람으로서 면제된 날부터 1개월이 지나지 아니한 사람
4. 운전면허효력 정지처분을 받게 되거나 받은 초보운전자로서 그 정지기간이 끝나지 아니한 사람

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

민법

제2조(신의성실)

① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 권리는 남용하지 못한다.

민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본

또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.

③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.

④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.

⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.

② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한

다.
③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)
① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙

제3조(산입할 보수의 기준)
① 소송비용에 산입되는 변호사의 보수는 당사자가 보수계약에 의하여 지급한 또는 지급할 보수액의 범위 내에서 각 심급단위로 소송목적의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한다. 다만, 별표의 기준에 따른 금액이 30만원에 미치지 못하는 때에는 이를 30만원으로 한다.
② 가압류, 가처분 명령의 신청, 그 명령에 대한 이의 또는 취소의 신청사건에 있어서 소송비용에 산입되는 변호사의 보수는, 피보전권리의 값에 따라 제1항의 기준에 의하여 산정한 금액의 2분의 1로 한다. 다만, 가압류, 가처분 명령의 신청사건에 있어서는 변론 또는 심문을 거친 경우에 한한다.

제4조(소송목적의 값등의 산정기준)
① 제3조에 규정된 소송목적의 값 또는 피보전권리의 값의 산정은 민사소송등인지법 제2조의 규정에 의한다.
② 청구취지를 변경한 경우에는 변경한 청구취지를 기준으로 한다.

제5조(보수의 감액)
피고의 전부자백 또는 자백간주에 의한 판결과 무변론 판결의 경우 소송비용에 산입할 변호사의 보수는 제3조의 기준에 의하여 산정한 금액의 2분의 1로 한다.

제6조(재량에 의한 조정)
① 제3조 및 제5조의 금액 전부를 소송비용에 산입하는 것이 현저히 부당하다고 인정되는 경우에는 법원은 상당한 정도까지 감액 산정할 수 있다.
② 법원은 제3조의 금액이 소송의 특성 및 이에 따른 소송대리인의 선임 필요성, 당사자가 실제 지출한 변호사보수 등에 비추어 현저히 부당하게 낮은 금액이라고 인정하는 때에는 당사자의 신청에 따라 위 금액의 2분의 1 한도에서 이를 증액할 수 있다.

보험업감독규정

제1-2조(정의)
이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
13. "평균공시이율"이란 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)
영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에

해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 〈신설 2019. 12. 18.〉
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업 〈신설 2019. 12. 18.〉
6. 특별법에 따라 설립된 기관 〈신설 2019. 12. 18.〉
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체 〈신설 2019. 12. 18.〉

보험업감독업무 시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조 제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도 말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제6-12조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
   가. 회사별 공시이율은 매월말 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
   나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 9월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2020년	2.5%

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
    가. 국가
    나. 한국은행
    다. 대통령령으로 정하는 금융기관
    라. 주권상장법인
    마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사

11. 삭제 〈2014.12.30.〉
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
    가. 외국 정부
    나. 조약에 따라 설립된 국제기구
    다. 외국 중앙은행
    라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

산업재해보상보험법 시행규칙 [별표 4] 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역 (제47조제1항 관련)

구분 / 관절명		측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)–목뼈1번 분절	13
		목뼈1번–목뼈2번 분절	10
		목뼈2번–목뼈3번 분절	8
		목뼈3번–목뼈4번 분절	13
		목뼈4번–목뼈5번 분절	12
		목뼈5번–목뼈6번 분절	17
		목뼈6번–목뼈7번 분절	16

		목뼈7번–등뼈1번 분절	6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번–등뼈2번 분절 등뼈2번–등뼈3번 분절 등뼈3번–등뼈4번 분절 등뼈4번–등뼈5번 분절 등뼈5번–등뼈6번 분절 등뼈6번–등뼈7번 분절 등뼈7번–등뼈8번 분절 등뼈8번–등뼈9번 분절 등뼈9번–등뼈10번 분절 등뼈10번–등뼈11번 분절 등뼈11번–등뼈12번 분절	4 4 4 4 4 5 6 6 6 9 12
	허리뼈부(요추부)	등뼈12번–허리뼈1번 분절 허리뼈1번–허리뼈2번 분절 허리뼈2번–허리뼈3번 분절 허리뼈3번–허리뼈4번 분절 허리뼈4번–허리뼈5번 분절 허리뼈5번–엉치뼈1번 분절	12 12 14 15 17 20
어깨관절		앞위쪽올리기 옆위쪽올리기 뒤쪽올리기 모으기 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기	150 150 40 30 40 90
팔꿈치관절		펴기 굽히기 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기	0 150 80 80
손목관절		손등쪽 굽히기 손바닥쪽 굽히기 손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위) 손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	60 70 20 30
손허리손가락관절(중수지관절)	엄지손가락	펴기 굽히기	0 60
	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 90

	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 90
손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절(몸쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절(끝쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리발가락관절(중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30

	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30
제1발가락관절(몸쪽 발가락뼈 마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

상법

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명 · 신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지 · 중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
   2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것

나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동 실적이 있을 것
다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

의료법

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 임산부 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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력 · 시설 · 장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)
① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
1. 제28조제1항에 따른 의사회 · 치과의사회 · 한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
⑦ 그 밖에 위원회 · 전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

의료법 시행규칙

[별표 4] 의료기관의 시설규격
2. 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의 · 헌혈 · 구급 · 보도 · 캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장 · 사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난 · 견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것

종류	유형별	세부기준
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주 · 오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

자동차손해배상 보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.

1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.

1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산

액

3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액

③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법

제3조(피해구제의 신청)

① 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 피해구제의 신청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.

③ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제6조(채권소멸절차 개시 이후의 피해구제)

① 제5조제2항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고가 이루어진 사기이용계좌의 피해자로서 채권소멸절차 개시의 공고 전에 피해구제를 신청하지 아니한 자는 금융회사에 대하여 제5조제2항에 따른 공고일부터 2개월 이내에 피해구제의 신청을 할 수 있다.

② 제1항에 따른 피해구제 신청이 있는 경우 금융회사는 해당 거래내역 등을 확인하여 피해자로 인정된다고 판단하는 경우 금융감독원에 해당 피해금에 대한 채권소멸절차의 개시 공고를 요청하여야 한다.

③ 제2항에 따라 공고 요청을 받은 금융감독원은 지체 없이 해당 사항을 공고하여야 한다. 이 경우 채권소멸절차 개시의 공고 요청 및 공고에 관하여는 제5조제1항 및 제2항을 준용한다.

④ 금융회사 및 금융감독원은 채권소멸절차 개시 공고 전에 피해구제의 신청을 하지 아니한 피해자가 제1항에 따라 피해구제의 신청을 할 수 있도록 필요한 정보를 제공하는 등 적극적인 노력을 하여야 한다.

제10조(피해환급금의 결정·지급)

① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.

② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.

③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 해당 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
   가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
   나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배 · 관리하고 있을 것
   다. 전자서명이 있은 후에 해당 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
   라. 전자서명이 있은 후에 해당 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것
4. "전자서명생성정보"라 함은 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
5. "전자서명검증정보"라 함은 전자서명을 검증하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
6. "인증"이라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
7. "인증서"라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
8. "공인인증서"라 함은 제15조의 규정에 따라 공인인증기관이 발급하는 인증서를 말한다.
9. "공인인증업무"라 함은 공인인증서의 발급, 인증관련 기록의 관리등 공인인증역무를 제공하는 업무를 말한다.
10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증역무를 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.
11. "가입자"라 함은 공인인증기관으로부터 전자서명생성정보를 인증받은 자를 말한다.
12. "서명자"라 함은 전자서명생성정보를 보유하고 자신이 직접 또는 타인을 대리하여 서명을 하는 자를 말한다.
13. "개인정보"라 함은 생존하고 있는 개인에 관한 정보로서 성명 · 주민등록번호 등에 의하여 해당 개인을 알아볼 수 있는 부호 · 문자 · 음성 · 음향 · 영상 및 생체특성 등에 관한 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없는 경우에도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.

형법

제258조(중상해, 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제268조(업무상과실 · 중과실 치사상)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제1조(목적)
이 법은 호스피스 · 완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
   가. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   나. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   다. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   라. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
   마. 삭제 〈2018. 3. 27.〉
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스 · 완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"이라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
   가. 암
   나. 후천성면역결핍증
   다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
   라. 만성 간경화
   마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)등을 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치 · 운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 · 장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하"호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제 29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.