목 차

Ⅰ. 가입자 유의사항 ····· 9

Ⅱ. 주요내용 요약서 ····· 13

Ⅲ. 보험용어 해설 ····· 16

Ⅳ. 보통약관 ····· 17

제1장 계약의 성립과 유지 ····· 19
제1조(계약의 성립) ····· 19
제2조(청약의 철회) ····· 19
제3조(약관교부 및 설명의무 등) ····· 19
제4조(계약의 무효) ····· 20
제5조(계약내용의 변경 등) ····· 20
제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회) ····· 20
제7조(계약의 소멸) ····· 20
제8조(보험나이 등) ····· 21

제2장 보험료의 납입 등 ····· 21
제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ····· 21
제10조(용어의 정의) ····· 21
제11조(제2회 이후 보험료의 납입) ····· 22
제12조(보험료의 납입면제) ····· 22
제13조(“암”등의 정의 및 진단확정) ····· 22
제14조(“질병고도후유장해”의 정의) ····· 23
제15조(보험료의 자동대출납입) ····· 24
제16조(보험료의 납입일시중지 제도에 의한 보험료 대체납입) ····· 24
제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ····· 24
제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ····· 25
제19조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ····· 25

제3장 보험금의 지급 ····· 25
제20조(보험금의 종류 및 지급사유) ····· 25
제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) ····· 26
제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ····· 26
제23조(보장성보험 공시이율의 적용 및 공시) ····· 27
제24조(중도인출에 관한 사항) ····· 28
제25조(만기환급금의 지급) ····· 28
제26조(해지환급금) ····· 28
제27조(배당금의 지급) ····· 29
제28조(소멸시효) ····· 29

제4장 계약 전 알릴 의무 등 ····· 29
제29조(계약 전 알릴 의무) ····· 29
제30조(상해보험계약 후 알릴 의무) ····· 29
제31조(알릴 의무 위반의 효과) ····· 30
제32조(중대사유로 인한 해지) ····· 30
제33조(사기에 의한 계약) ····· 30

제5장 보험금 지급의 절차 등 ····· 31
제34조(주소변경통지) ····· 31
제35조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정) ····· 31
제36조(대표자의 지정) ····· 31
제37조(보험금 지급사유의 통지) ····· 31
제38조(보험금 등 청구시 구비서류) ····· 31
제39조(보험금의 지급) ····· 31
제40조(환급금의 지급) ····· 32
제41조(보험금을 받는 방법의 변경) ····· 32
제42조(계약내용의 교환) ····· 33
제43조(보험계약대출) ····· 33

제6장 분쟁조정 등 ····· 36
제44조(분쟁의 조정) ····· 33
제45조(관할법원) ····· 33
제46조(약관의 해석) ····· 33
제47조(회사가 제작한 보험안내장의 효력) ····· 33

제48조(회사의 손해배상책임) ····· 34
제49조(회사의 파산선고와 해지) ····· 34
제50조(예금보험기금에 의한 지급보장) ····· 34
제51조(준거법) ····· 34

Ⅴ. 특별약관 ····· 35

1. 일반상해사망 특별약관 ····· 37
2. 교통상해사망 특별약관 ····· 37
3. 신주말일반상해사망 특별약관 ····· 39
4. 교통상해후유장해 특별약관 ····· 40
5. 신주말일반상해후유장해 특별약관 ····· 42
6. 대중교통이용중상해사망후유장해 특별약관 ····· 44
7. 일반상해80%이상후유장해연금 특별약관 ····· 46
8. 일반상해50%이상후유장해연금 특별약관 ····· 48
9. 교통상해80%이상후유장해연금 특별약관 ····· 50
10. 교통상해50%이상후유장해연금 특별약관 ····· 53
11. 대중교통이용중상해80%이상후유장해연금 특별약관 ····· 56
12. 대중교통이용중상해50%이상후유장해연금 특별약관 ····· 58
13. 일반상해유족연금 특별약관 ····· 61
14. 교통상해유족연금 특별약관 ····· 62
15. 일반상해입원비(1일이상) 특별약관 ····· 63
16. 일반상해입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관 ····· 64
17. 일반상해입원비(4일이상) 특별약관 ····· 65
18. 교통상해입원비(1일이상) 특별약관 ····· 66
19. 교통상해입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관 ····· 68
20. 교통상해입원비(4일이상) 특별약관 ····· 70
21. 일반상해중환자실입원비(1일이상) 특별약관 ····· 72
22. 일반상해중환자실입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관 ····· 73
23. 일반상해간병비 특별약관 ····· 74
24. 교통상해간병비 특별약관 ····· 75
25. 골절(치아파절 제외)진단비 특별약관 ····· 77

26. 화상진단비 특별약관 ····· 77
27. 골절수술비 특별약관 ····· 78
28. 화상수술비 특별약관 ····· 79
29. 상해흉터복원수술비 특별약관 ····· 80
30. 중증화상및부식진단비 특별약관 ····· 81
31. 중대한특정상해수술비 특별약관 ····· 82
32. 강력범죄발생금 특별약관 ····· 83
33. 유괴납치발생금 특별약관 ····· 84
34. 미성년자 유괴인신매매발생금 특별약관 ····· 85
35. 학원폭력발생금 특별약관 ····· 86
36. 식중독입원비 특별약관 ····· 86
37. 특정전염병발생금 특별약관 ····· 88
38. 깁스치료비 특별약관 ····· 88
39. 질병사망후유장해 특별약관 ····· 89
40. 질병사망후유장해(갱신형) 특별약관 ····· 91
41. 질병사망 특별약관 ····· 93
42. 질병사망(갱신형) 특별약관 ····· 93
43. 질병고도후유장해 특별약관 ····· 94
44. 질병고도후유장해(갱신형) 특별약관 ····· 96
45. 질병80%이상후유장해연금 특별약관 ····· 97
46. 질병80%이상후유장해연금(갱신형) 특별약관 ····· 99
47. 질병50%이상후유장해연금 특별약관 ····· 101
48. 질병50%이상후유장해연금(갱신형) 특별약관 ····· 102
49. 질병사망유족연금 특별약관 ····· 104
50. 암진단비 특별약관 ····· 105
51. 암진단비(갱신형) 특별약관 ····· 107
52. 암입원비 특별약관 ····· 110
53. 암입원비(갱신형) 특별약관 ····· 113
54. 암수술비 특별약관 ····· 116
55. 암수술비(갱신형) 특별약관 ····· 119
56. 방사선약물치료비 특별약관 ····· 122
57. 방사선약물치료비(갱신형) 특별약관 ····· 124

58. 고액치료비암진단비 특별약관 ····· 126
59. 고액치료비암진단비(갱신형) 특별약관 ····· 128
60. 자녀7대암진단비 특별약관 ····· 130
61. 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 131
62. 뇌졸중진단비 특별약관 ····· 133
63. 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관 ····· 134
64. 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관 ····· 135
65. 급성심근경색증진단비 특별약관 ····· 136
66. 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관 ····· 137
67. 개호관련특정질병진단비 특별약관 ····· 138
68. 말기신부전증진단비 특별약관 ····· 140
69. 질병특정고도장해진단비 특별약관 ····· 141
70. 양성뇌종양진단비 특별약관 ····· 142
71. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관 ····· 143
72. 어린이심장관련특정질병진단비 특별약관 ····· 144
73. 질병입원비(1일이상) 특별약관 ····· 145
74. 질병입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관 ····· 147
75. 질병입원비(4일이상) 특별약관 ····· 148
76. 질병중환자실입원비(1일이상) 특별약관 ····· 150
77. 질병중환자실입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관 ····· 152
78. 질병간병비 특별약관 ····· 153
79. 질병간병비(갱신형) 특별약관 ····· 155
80. 치매입원비 특별약관 ····· 156
81. 14대질병수술비 특별약관 ····· 158
82. 14대질병입원비 특별약관 ····· 159
83. 남성7대질병수술비 특별약관 ····· 160
84. 남성7대질병입원비 특별약관 ····· 161
85. 여성특정질병수술비 특별약관 ····· 163
86. 여성특정질병입원비 특별약관 ····· 164
87. 갑상선질환입원비 특별약관 ····· 165
88. 자녀10대질환수술비 특별약관 ····· 167
89. 자녀10대질환입원비 특별약관 ····· 168

90. 호흡기질환수술비 특별약관 ····· 169
91. 피부질환수술비 특별약관 ····· 170
92. 선천이상수술비(혀유착증제외) 특별약관 ····· 171
93. 충수염(맹장염)수술비 특별약관 ····· 172
94. 5대장기이식수술비 특별약관 ····· 173
95. 조혈모세포이식수술비 특별약관 ····· 174
96. 각막이식수술비 특별약관 ····· 175
97. 활동불능진단비(180일) 특별약관 ····· 177
98. 중증치매진단비(180일) 특별약관 ····· 178
99. 활동불능진단비(90일) 특별약관 ····· 180
100. 중증치매진단비(90일) 특별약관 ····· 181
101. 벌금 특별약관(운전자용) ····· 183
102. 자동차사고변호사선임비용 특별약관(운전자용) ····· 184
103. 면허정지 특별약관(영업용 운전자용) ····· 185
104. 면허취소 특별약관(영업용 운전자용) ····· 186
105. 교통사고처리실손비 특별약관(운전자용) ····· 187
106. 중상해교통사고처리실손비 특별약관(운전자용) ····· 189
107-1. 화재손해(주택물건)(갱신형) 특별약관 ····· 190
107-2. 도난손해(주택물건)(갱신형) 추가특별약관 ····· 195
107-3. 특수건물(주택물건)(갱신형) 추가특별약관 ····· 196
107-4. 신체손해배상책임(주택물건)(갱신형) 추가특별약관 ····· 198
107-5. 화재(대물)배상책임(1억원공제)(주택물건)(갱신형) 추가특별약관 ····· 201
108. 화재벌금 특별약관 ····· 205
109. 골프용품손해(갱신형) 특별약관 ····· 205
110. 골프용품손해확장(갱신형) 특별약관 ····· 208
111. 골프활동중배상책임(2만원공제)(갱신형) 특별약관 ····· 211
112. 가족일상생활배상책임(20만원공제)(갱신형) 특별약관 ····· 215
113. 자녀만의배상책임(20만원공제)(갱신형) 특별약관 ····· 220
114. 실손의료비(갱신형) 특별약관 ····· 225
115. 상해수술비(갱신형) 특별약관 ····· 250
116. 질병수술비(갱신형) 특별약관 ····· 251
117. 신생아보장 특별약관 ····· 253

118. 출생장해위험보장II 특별약관 ····· 254
119. 모성사망 특별약관 ····· 256
120. 임신및출산질환치료비 특별약관 ····· 256
121. 유산치료비 특별약관 ····· 258
122. 보장특약 자동갱신 특별약관 ····· 260
123. 가족추가담보 특별약관 ····· 261
124. 출생전자녀가입 특별약관 ····· 262
125. 호스피스비용선지급 특별약관 ····· 263
126. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관 ····· 265
127. 특정부위 · 질병 부담보 특별약관 ····· 266
128. 보험료자동납입 특별약관 ····· 267
129. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 267

VI. 별 표 ····· 269

【별표 1】 장 해 분 류 표 ····· 271
【별표2】 악 성 신 생 물 (암) 분 류 표 ····· 283
【별표3】 제자리신생물 분류표 ····· 284
【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ····· 284
【별표5】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표 ····· 285
【별표6】 골절(치아파절 제외) 분류표 ····· 286
【별표7】 화 상 분 류 표 ····· 287
【별표8】 골 절 분 류 표 ····· 288
【별표9】 중대한 특정상해 분류표 ····· 288
【별표10】 식중독 분류표 ····· 289
【별표11】 특정전염병 분류표 ····· 290
【별표12】 고액치료비암 분류표 ····· 291
【별표13】 자녀7대암 분류표 ····· 292
【별표14】 뇌혈관질환 분류표 ····· 293
【별표15】 뇌졸중 분류표 ····· 293
【별표16】 허혈성심장질환 분류표 ····· 294
【별표17】 급성심근경색증 분류표 ····· 294
【별표18】 뇌출혈 분류표 ····· 294

【별표19】 말기신부전증(End Stage Renal Failure) 분류표 ····· 295
【별표20】 치매 분류표 ····· 295
【별표21】 14대질환 분류표 ····· 296
【별표22】 남성 7대질병 분류표 ····· 297
【별표23】 여성특정질병 분류표 ····· 298
【별표24】 갑상선질환 분류표 ····· 298
【별표25】 자녀10대질환 분류표 ····· 299
【별표26】 호흡기질환 분류표 ····· 301
【별표27】 피부질환 분류표 ····· 301
【별표29】 선천성기형, 변형 및 염색체 이상(혀유착증 제외) 분류표 ····· 302
【별표30】 충수염(맹장염)질환 분류표 ····· 302
【별표31】 일상생활동작 장해 분류표 ····· 303
【별표32】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 ····· 304
【별표33】 신체손해배상책임 부상급별 지급보험금표 ····· 305
【별표34】 신체손해배상책임 후유장해등급별 지급보험금표 ····· 308
【별표35】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표 ····· 313
【별표36】 장해 출산의 대상 ····· 314
【별표37】 심한 장해 출산의 대상 ····· 315
【별표38】 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표 ····· 316
【별표39】 임신 및 출산 관련 질환 분류표 ····· 318
【별표40】 유산 관련 질환 분류표 ····· 319
【별표41】 질병특정고도장해 판정기준 ····· 320
【별표42】 특정부위·질병 분류표 ····· 324

가입자 유의사항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 말로써 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 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
  단, 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우에는 부활(효력회복)일로 합니다.

○ 건강보험

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 특히, 치매보장의 경우 보장범위가 한정적인 경우가 많으므로 계약조건을 반드시 설명듣고 확인하신 후에 가입하시기 바랍니다.

○ 배상책임 관련 담보

- 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 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신형 담보

- 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초가입 후 3년마다 갱신을 통해 만기시까지(100세/90세/80세까지) 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우 적립보험료 또는 적립부분 책임준비금에서 대체납입되지 않으며, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 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.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 암 관련 담보

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 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.

○ 특정질병 관련 담보

- 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.

○ 간병 관련 담보

- '활동불능상태'란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 90일(또는 180일)이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- '중증치매상태'란 약관에서 정한 일정정도 이상의 중증치매로 진단되고 90일 (또는 180일)이상 CDR척도 3점이상의 '인지기능장애'가 발생한 상태를 말합니다.

○ 수술 관련 담보

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

○ 입원 관련 담보

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

○ 상해 관련 담보

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

○ 교통상해 관련 담보

- '휴일'이라 함은 토요일과 '관공서의 공휴일에 관한 규정에서 정한 휴일'로 하며, 국외인 경우 사고발생지의 토요일과 해당 법률상 관공서의 공휴일로 합니다.
- '운전중 교통상해사망보험금'에서 말하는 차량에는 이륜자동차(오토바이, 원동기장치자전거 등)는 포함되지 않습니다.

○ **어린이보험**

- 피보험자(보험대상자)가 만15세 미만에 사망시 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

○ **태아보험**

- 피보험자(보험대상자)가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생시 피보험자(보험대상자)로 합니다.
- 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 피보험자(보험대상자)로 합니다. 단, 계약자 요청시 다른 출생자를 피보험자(보험대상자)로 지정할 수 있습니다.

○ **배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항**

- 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 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 보상하여 드립니다.

○ **재물관련 담보 등에서 일부보험의 경우 비례보상에 관한 사항**

- 화재손해 및 붕괴 등의 손해와 임차자배상책임 특별약관은 보험가입금액이 보험가액보다 적을 경우에는 아래와 같이 비례보상합니다.

건물, 가재도구의 보험가입금액이 보험가액의 80%해당액보다 적을 경우 보상액	임차자배상책임 특별약관의 보험가입금액이 보험가액보다 적을 경우 보상액
$손해액 \times \frac{보험가입금액}{보험가액의\,80\%\,해당액}$	$손해액 \times \frac{보험가입금액}{보험가액}$

○ **실손의료보험**

- 실손의료보험은 발생 의료비 중 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 정한 급여의 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

< 실손의료비 범위 >
총 진료비 중에서 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액

국민건강보험 또는 의료급여 급여항목	비급여항목
국민건강보험 또는 의료급여 부담	환자본인부담
환자본인부담	

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 다수의 보험을 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

<용어의 정의>
보상대상의료비 : 실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액 : (실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험 : 실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

< 비례분담액 계산 예시 >
[기준 : 총의료비1,000만원]

구분	입원의료비 보상한도	회사부담률	보상제외 금액	보상대상 의료비	보상 책임액	비례분담액
A사	5,000만원	90%	100만원	900만원	810만원	556만원
B사	500만원	90%	100만원	900만원	500만원	344만원

※ A사 지급금액 : 900만원×[810 / (810+500)] = 556만원
※ B사 지급금액 : 900만원×[500 / (810+500)] = 344만원

- 연대책임에 관한 사항
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
② 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

계약자는 계약을 청약한 날 또는 첫 회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

3. 계약취소

계약체결시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

5. 계약의 무효 (재물관련)

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

- 계약에 관하여 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
- 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생하였거나 그 원인이 생긴 것을 알면서도 이를 회사에 알리지 아니하였을 경우

6. 계약의 소멸(신체 관련)

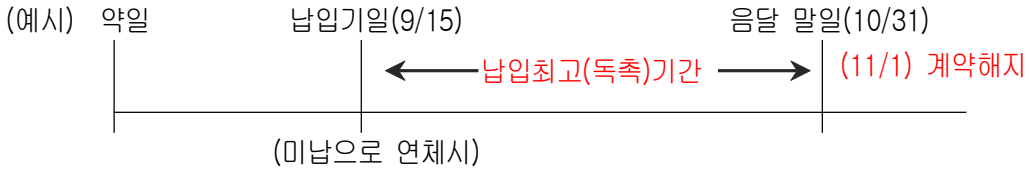
이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

7. 계약의 소멸(재물 관련)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니한 때에는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



9. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

10. 중도인출

보장개시일부터 1년이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다.

11. 계약전 · 후 알릴 의무

1) 계약전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자(보험대상자)는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 상해보험 계약후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험가입증서(보험증권)에 확인을 받아야 합니다.

- 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
- 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

3) 알릴의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알리셔야 합니다.

12. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해 및 재산손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 신체손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

추가적인 조사가 이루어지는 경우(배상책임손해 및 재산손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다) 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

13. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

보험용어 해설

보험약관		보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권 (보험가입증서)		보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약자		보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자(보험대상자)		보험사고 발생의 대상이 되는 사람
보험수익자 (보험금을 받는 자)		보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
보험료	보장보험료	보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
	적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
	적립부분 순보험료	적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액
보험금		피보험자(보험대상자)의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액
보험기간		보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일		보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일		계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
보험가입금액		보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액 ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
책임준비금		장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
해지환급금		계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당
한아름플러스종합보험1106
보통약관

제 1 장 계약의 성립과 유지

제1조(계약의 성립)

1 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 "보험계약"은 "계약", "보험계약자"는 "계약자", "보험회사"는 "회사"라 합니다)

2 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 기본보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약(이하 "무진단계약"이라 합니다)은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 기본보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 기본보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다)+1% 를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 기본보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제2조(청약의 철회)

1 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

2 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 기본보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율(이하 "보험계약대출이율"이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 기본보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

3 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제3조(약관교부 및 설명의무 등)

1 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약은 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본) 등을 수신하였을 때에는 당해 문서를 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다. 또한 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 회사는 계약자의 동의를 얻어 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하고 그에 대한 계약자의 답변, 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

2 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항 제3문의 규정에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(단, 기인출된 중도인출금이 있을 경우 차감한 금액을 말합니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

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

제5조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

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

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제6조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

① 피보험자(보험대상자)가 장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되어 보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 계약은 소멸되지 않습니다.

② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 계약은 소멸하며, 이 경우 회사는 그때까지 "보험료 및

책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(“보험료납입 일시중지제도”에 의해 납입일시중지 대체보험료가 있는 경우 및 중도인출이 있는 경우 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 지급하여 드립니다.

제8조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

<보험나이의 계산 예시>

생년월일 : 1988년 10월 2일, 계약일 : 2009년 4월 13일

⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제 2 장 보험료의 납입 등

제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 기본보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 기본보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 기본보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 기본보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 회사가 청약시에 제1회 기본보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 기본보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

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

1. 제29조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제31조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제10조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

1 “기본보험료”라 함은 계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료 및 적립보험료와 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관 보험료의 합계액을 말합니다.

1. “보장보험료”라 함은 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.
2. “적립보험료”라 함은 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

2 “납입일시중지 대체보험료”라 함은 계약자가 제16조(보험료의 납입일시중지 제도에 의한 보험료 대체납입) 제1항에 의한 납입일시중지를 신청한 경우 납입일시중지기간동안 적립부분 해지환급금에서 대체되는 금액으로서 해당 기간의 위험보험료와 부가보험료(수금비 제외) 및 특별약관이 부가된 경우 특별약관 보험료(수금비 제외)의 합계액을 말합니다.

1. “위험보험료”라 함은 제1항에서 정한 보장보험료에서 부가보험료를 제외한 금액을 말합니다.
2. “부가보험료”라 함은 회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 금액을 말합니다.
3. “수금비”라 함은 부가보험료의 일부로서 보험료의 수금에 필요한 경비를 말합니다.

제11조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 기본보험료를 계약체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국 포함합니다)를 통하여 기본보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제12조(보험료의 납입면제)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】"장해분류표"참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우
3. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제14조("질병고도후유장해"의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "제자리내암", "기타피부암", "경계성종양" 및 "갑상선암"으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

③ 제1항 제2호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

④ 제1항 제3호에서 정한 "질병고도후유장해"의 경우는 제14조("질병고도후유장해"의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 보장보험료 납입면제가 된 경우에 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.

⑥ 보험기간 3년만기 자동갱신 담보에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

⑦ 일시납으로 보험료를 납입하는 담보에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

제13조("암"등의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 참조)을 말합니다. 다만, "분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병", "분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병" 또는 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.

② 이 계약에 있어서 "**제자리암**"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】"제자리의 신생물 분류표" 참조)을 말합니다.

③ 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】"악성신생물(암) 분류표" 참조)중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 계약에 있어서 "**갑상선암**"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】 참조)중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서(【별표4】"행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표" 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

⑦ "암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조("질병고도후유장해"의 정의)

1 이 계약에 있어서 "질병고도후유장해"라 함은 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우를 말합니다.(이하 "질병고도후유장해"라 합니다)

2 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해 지급률로 하여 제1항을 적용합니다.

3 제1항에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 아니합니다.

5 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 다른 질병 또는 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.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

9 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

10 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는제12조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호를 적용하지 아니합니다.

11 제10항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

12 제11항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

13 이 약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 기본보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 기본보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제43조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 기본보험료가 자동적으로 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 제1항의 규정에 의한 대출금과 기본보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 기본보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 기본보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 기본보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 의한 기본보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 기본보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 기본보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 기본보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제16조(보험료의 납입일시중지 제도에 의한 보험료 대체납입)

1 계약자는 보험계약이 유효하고 보험계약일로부터 2년이 지난 이후부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 “납입일시중지”라 합니다.)를 신청할 수 있습니다. 이 경우 보험료의 납입이 중지된 기간(이하 “납입중지기간”이라 합니다.) 동안 기본보험료를 납입하지 아니할 수 있습니다.

2 납입중지기간은 해당 납입기일에 적립부분 해지환급금에서 제10조(용어의 정의) 제2항에 정한 납입일시중지 대체보험료(이하 “납입일시중지 대체보험료”라 합니다.) 전액의 대체납입이 가능한 기간 이내로 합니다. 단, 납입중지기간 중 납입일시중지 대체보험료 전액의 대체납입이 불가능할 경우 그 때부터 납입중지기간은 종료되며, 계약자는 보험료 납입기일까지 해당 기본보험료를 납입하여야 합니다.

3 회사는 납입중지기간 중 최종 납입일시중지 대체보험료 대체일로부터 15일 이내에 계약자에게 기본보험료 납입을 안내하고, 계약자는 최종 납입일시중지 대체보험료 대체 후 첫 납입기일까지 기본보험료를 납입하여야 합니다.

4 회사는 납입중지기간 동안의 계약유지를 위해 해당납입기일에 제10조(용어의 정의) 제2항에서 정한 납입일시중지 대체보험료를 적립부분 해지환급금 범위 내에서 대체 납입합니다.

제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

   1. “보험료납입 일시중지제도” 미신청시 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 기본보험료 납입이 연체 중인 경우
   2. “보험료납입 일시중지제도” 신청시에는 적립부분 해지환급금(보험계약대출이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)에서 납입일시중지 대체보험료를 충당할 수 없는 경우

2 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니

한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제26조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 다음의 금액을 납입하셔야 합니다.

1. “보험료납입 일시중지제도” 미신청시 : 연체된 기본보험료와 기본계약 보장보험료의 예정이율+1%로 계산된 이자
2. “보험료납입 일시중지제도” 신청시 : 적립부분 해지환급금(보험계약대출이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)에서 납입일시중지 대체보험료를 충당하지 못한 날부터 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 기본보험료와 기본계약 보장보험료의 예정이율+1%로 계산된 이자

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제29조(계약 전 알릴의무), 제31조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제33조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제19조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

1 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제5조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.

5 보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 3 장 보험금의 지급

제20조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래와 같이 후유장해보험금을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 경우
   : 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급
2. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 경우
   : 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급

제21조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열

거된 행위로 인하여 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제23조(보장성보험 공시이율의 적용 및 공시)

1 이 보험의 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성보험 공시이율로 하며, 매월 1일부터 당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.

2 제1항의 보장성보험 공시이율은 운용자산수익률에서 투자지출률을 차감한 회사의 운용자산이익률과 시장금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 결정합니다. 다만, 보험기간 중에 보장성보험 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 2%로 합니다.

3 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 보장성보험 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

<공시이율>

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

----------< 아 래 >----------

회사는 특별계정 「운용자산이익률」과 「지표금리수익률Ⅰ」를 고려하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익, 적정마진, 적용기간의 금리리스크, 가격경쟁력 등 회사의 경영환경을 고려한 조정이율을 가감하여 보장성보험 공시이율을 결정하며, 보장성보험 공시이율은 산출 공시기준이율의 80%를 최저한도로 하며, 산출 공시기준이율의 120%를 최고한도로 합니다.

○ 보장성보험 공시이율 = 공시기준이율 ± 조정이율

○ 공시기준이율(%) = (①운용자산이익률 × 30% + ②지표금리수익률Ⅰ × 70%)

① 운용자산이익률 = 운용자산수익률 - 투자지출률

• 운용자산수익률(%) = $\frac{(2\times \text{직전 1년간 투자영업수익})\times 100}{\{(\text{직전 13개월말 현재운용자산} + \text{전월말 현재운용자산}) - (\text{직전 1년간 투자영업수익} - \text{직전 1년간 투자영업비용})\}}$

• 투자지출률(%) = $\frac{(2\times \text{직전 1년간 투자영업비용})\times 100}{\{(\text{직전 13개월말 현재운용자산} + \text{전월말 현재운용자산}) - (\text{직전 1년간 투자영업수익} - \text{직전 1년간 투자영업비용})\}}$

② 지표금리수익률Ⅰ(%) = (A1 + A2 + A3 + A4) / 4

- A1 : 국고채수익률1 직전 3개월 가중이동평균이율
- A2 : 국고채수익률2 직전 3개월 가중이동평균이율
- A3 : 통화안정증권수익률 직전 3개월 가중이동평균이율
- A4 : 양도성예금증서수익률 직전 3개월 가중이동평균이율

※ 가중이동평균이율 = $\frac{B1\times 1 + B2\times 2 + B3\times 3}{6}$

$B1$: 산출시점 직전 3월의 16일부터 직전 2월의 15일까지의 산술평균수익률

$B2$: 산출시점 직전 2월의 16일부터 직전 1월의 15일까지의 산술평균수익률

$B3$: 산출시점 직전 1월의 16일부터 당월 15일까지의 산술평균수익률

주) 1. 국고채수익률1은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 3년만기 국고채의 최종호가수익률로 합니다.

2. 국고채수익률2은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 5년만기 국고채의 최종호가수익률로 합니다.

3. 통화안정증권수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 1년 만기 통화안정증권의 최종호가수익률로 합니다.

4. 양도성예금증서수익률은 한국금융투자협회가 매일 공시하는 91일만기 양도성예금증서의 최종호가수익률로 합니다.

<최저보증이율>

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 보험회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 적립금이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 1%인 경우(최저보증이율은 2%일 경우), 적립금은 공시이율(1%)이 아닌 최저보증이율(2%)로 부리됩니다.

제24조(중도인출에 관한 사항)

1 회사는 보장개시일부터 1년이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립해지환급금의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다.

2 제1항의 해지환급금은 적립부분 순보험료(적립보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다. 이하 같습니다.)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제26조(해지환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액("보험료납입 일시중지제도"에 의해 납입일시중지 대체보험료가 있는 경우 및 기 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 말합니다.

3 제2항의 해지환급금은 제43조(보험계약대출)에 의한 보험계약대출이 있을 때에는 그 원리합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

<보험년도>

당해연도 보험계약 해당일로부터 차년도 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2009년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 차년도 8월 14일까지 1년.

제25조(만기환급금의 지급)

회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일부터 이 보험의 보장성보험 공시이율로 적립한 금액("보험료납입 일시중지제도"에 의해 납입일시중지 대체보험료가 있는 경우 및 기 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 그러나 이 약관에 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급하여 드립니다.

제26조(해지환급금)

1 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.이때 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날로부터 보험료 납입경과기간에 따라 아래의 이율을 적용합니다.

경 과 기 간	적 용 이 율
1년 미만	보장성보험 공시이율의 80%
1년 이상~ 2년 미만	보장성보험 공시이율의 90%
2년 이상	보장성보험 공시이율

<보험료 납입경과기간에 따른 이율 적용 예시>
1. 보장개시일로부터 6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “이 보험의 공시이율 × 80%” 적용
2. 보장개시일로부터 1년6개월 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “이 보험의 공시이율 × 90%” 적용
3. 보장개시일로부터 2년 시점에서 해지하는 경우 계약체결일부터 해지시점까지의 기간에 대하여 “이 보험의 공시이율” 적용

2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제27조(배당금의 지급)
회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제28조(소멸시효)
보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

<소멸시효>
주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 4 장 계약 전 알릴 의무 등

제29조(계약 전 알릴 의무)
계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<계약 전 알릴의무>
상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자(보험대상자)는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제30조(상해보험계약 후 알릴 의무)
1 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.
2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
3 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.
4 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1개월

이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제31조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 제29조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제30조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

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

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다.

5 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제30조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

6 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

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

제32조(중대사유로 인한 해지)

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

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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제26조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제33조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변

조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 장 보험금 지급의 절차 등

제34조(주소변경통지)

1 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제35조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제25조(만기환급금의 지급)의 경우는 계약자로 하고, 제20조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 동조 제2호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제36조(대표자의 지정)

1 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

2 제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제37조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제38조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원에서 제1항제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제39조(보험금의 지급)

1 회사는 제38조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임 손해 및 재산손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

2 회사가 제1항의 신체손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제38조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 의하여 장해지급률에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

3 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우(제1항의 배상책임손해 및 재산손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다), 회사는 피보험자 (보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

4 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

5 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제31조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 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 아니합니다.

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

제40조(환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율 + 1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

2 회사는 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

3 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 만기환급금과 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 연1.0%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

제41조(보험금을 받는 방법의 변경)

1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

2 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제42조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제43조(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 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

4 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제 6 장 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(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제47조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제48조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생된 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제49조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제50조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제51조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당
한아름플러스종합보험1106
특별약관

1. 일반상해사망 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

2. 교통상해사망 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 “교통사고”로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고

(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)

다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우

가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)

나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

3 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

4 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

5 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시

운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)

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

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

3. 신주말일반상해사망 특별약관

제1조(신주말의 정의)

이 특별약관에 있어서 “신주말”이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(신주말의 정의)에서 정한 신주말에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

4. 교통상해후유장해 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 "교통사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래와 같이 후유장해보험금을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급
2. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 경우 : 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종

건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

4 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

5 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아

니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

2 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

5. 신주말일반상해후유장해 특별약관

제1조(신주말의 정의)

이 특별약관에 있어서 “신주말”이라 함은 사고발생지의 표준시를 기준으로 금요일, 토요일, 법정공휴일(일요일포함) 및 근로자의 날을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(신주말의 정의)에서 정한 신주말에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래와 같이 후유장해보험금을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 고도 후유장해보험금으로 지급
2. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 경우 : 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑧ 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

6. 대중교통이용중상해사망후유장해 특별약관

제1조(대중교통의 정의)

이 계약에 있어서 "대중교통"이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌터카 제외)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 사망보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 후유장해보험금의 경우는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 제1조(대중교통의 정의)에서 정한 "대중교통" 이용 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 "사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「대중교통이용중상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 대중교통이용중상해로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래와 같이 후유장해보험금을 지급하여 드립니다.
   가. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급
   나. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 경우 : 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급

② 제1항의 사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승 중 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기 중 교통사고

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고

를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

3 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

4 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

5 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 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.

8 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

9 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

10 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

11 회사는 하나의 사고로 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 사망보험금 및 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의

4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

3 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

7. 일반상해80%이상후유장해연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 "질병고도후유장해"의 경우는 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

8. 일반상해50%이상후유장해연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 “질병고도후유장해”의 경우는 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

9. 교통상해80%이상후유장해연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 "교통사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상

태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여

드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우
3. 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 “교통사고” 이외의 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 “질병고도후유장해”의 경우는 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

4 제1항 제3호에서 정한 “고도후유장해”의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

10. 교통상해50%이상후유장해연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 “교통사고”로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

⑤ “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효

력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)

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

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우
3. 피보험자가 보험기간 중에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 “교통사고” 이외의 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 “질병고도후유장해”의 경우는 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

4 제1항 제3호에서 정한 “고도후유장해”의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

11. 대중교통이용중상해80%이상후유장해연금 특별약관

제1조(대중교통의 정의)

이 계약에 있어서 "대중교통"이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌터카 제외)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(대중교통의 정의)에서 정한 "대중교통" 이용 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 "사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「대중교통이용중교통상해」라 합니다)로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승 중 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기 중 교통사고

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해연금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해연금에서 이미 지급받은 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(특별약관 보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우
3. 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 "대중교통이용중교통사고" 이외의 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다)되어 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

③ 제1항 제2호에서 정한 "질병고도후유장해"의 경우는 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

④ 제1항 제3호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

12. 대중교통이용중상해50%이상후유장해연금 특별약관

제1조(대중교통의 정의)

이 계약에 있어서 "대중교통"이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법시행령 제3조의 일반택시, 개인택시(렌터카 제외)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(대중교통의 정의)에서 정한 "대중교통" 이용 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 "사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「대중교통이용중교통상해」라 합니다)로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수

익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

2 제1항의 사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 운행 중 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승 중 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던 중 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기 중 교통사고

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

[2] 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

[3] 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

[1] 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

[2] 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(특별약관 보험료 납입면제)

[1] 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 최초로 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우
3. 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 "대중교통이용중교통사고" 이외의 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일로부터 2년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 "후유장해"라 합니다)되어 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우

[2] 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서

정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 "질병고도후유장해"의 경우는 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

4 제1항 제3호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

13. 일반상해유족연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 사망일로부터 10년간 매 보험년도 사망일에 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 일반상해유족연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 일반상해유족연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

14. 교통상해유족연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 "교통사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 사망일로부터 10년간 매 보험년도 사망일에 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 교통상해유족연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에는 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아

니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제4조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 교통상해유족연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

15. 일반상해입원비(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기

능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 일반상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1. 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 일반상해입원비를 지급합니다.
2. 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 일반상해입원비를 계속 보장하여 드립니다.
3. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

16. 일반상해입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 일반상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여

"상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 일반상해입원비를 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 일반상해입원비를 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

17. 일반상해입원비(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 3일초과 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 일반상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 일반상해입원비를 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를

받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 일반상해입원비를 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

18. 교통상해입원비(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 "교통사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 교통상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

3 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기,

콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

4 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 아니합니다)

5 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "교통상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 교통상해입원비를 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 교통상해입원비를 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 교통상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

19. 교통상해입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 “교통사고”로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 교통상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

3 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기,

콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

4 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

5 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "교통상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 교통상해입원비를 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 교통상해입원비를 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 교통상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

20. 교통상해입원비(4일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 “교통사고”로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 3일초과 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 교통상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 교통상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

3 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기,

콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 아니합니다)

⑤ "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "교통상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 교통상해입원비를 지급합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 교통상해입원비를 계속 보장하여 드립니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 교통상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

21. 일반상해중환자실입원비(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 일반상해중환자실입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “상해”의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 일반상해중환자실입원비를 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 일반상해중환자실입원비를 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

22. 일반상해중환자실입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 최초 입원일부터 입원 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 일반상해중환자실입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 일반상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)
이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 일반상해중환자실입원비를 계속 보장하여 드립니다.
③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별

약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)을 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

23. 일반상해간병비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 입원일수에 따라 아래의 금액을 일반상해간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

계속입원일수	일반상해간병비
31일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배 지급
61일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배 추가지급
91일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
121일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
181일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 2배 추가지급

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "상해"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1. 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 일반상해간병비를 지급합니다.
2. 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 일반상해간병비를 계속 보장하여 드립니다.
3. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 일반상해간병비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

24. 교통상해간병비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 "교통사고"로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「교통상해」라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받는 경우에는 입원일수에 따라 아래의 금액을 교통상해간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

계속입원일수	교통상해간병비
61일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 지급
91일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
121일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급

② 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고를 말합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 다. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 비운전자인 경우
   - 가. 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「탑승중 교통사고」라 합니다)
   - 나. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 「비탑승중 교통사고」라 합니다)

③ 제2항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「6종건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 아니합니다.

④ 제2항에서 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

5 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(입원의 정의 및 장소)

이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “교통상해”의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더하여 교통상해간병비를 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 교통상해간병비를 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 교통상해간병비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 비운전자의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업을 하는 동안 발생된 손해
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생된 손해

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법

서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

25. 골절(치아파절 제외)진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 【별표6】(골절(치아파절제외)분류표)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)로 진단확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 매사고시마다 골절(치아파절 제외)진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받은 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생하였을 때에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

26. 화상진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 【별표7】(화상분류표)에서 정한 화상(이하 "화상"이라 합니다)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 매사고시마다 화상진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 경우 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태가 되었을 때에도 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
3 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 【별표7】(화상분류표)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

27. 골절수술비 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
1 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 【별표8】(골절분류표)에서 정한 골절(이하 "골절"이라 합니다)을 입고 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
2 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보

험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

28. 화상수술비 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술“이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로써 【별표7】(화상분류표)에서 정한 화상(이하 “화상”이라 합니다)으로 진단확정되고, 화상의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상

자))에게 지급하여 드립니다.
2 제1항의 경우 하나의 사고로 2종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술에 해당하는 화상수술비만을 지급하여 드립니다.
3 제1항 및 제2항의 화상이라 함은 【별표7】(화상분류표)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 사고는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

29. 상해흉터복원수술비 특별약관

제1조(수술의 정의 및 장소)
이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기

관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)의 직접결과로 인하여 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다.)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	안 면 부	상 지 · 하 지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원(단, 3cm이상의 경우에 한함)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

② 제1항에서 정한 상해흉터복원수술비용은 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급하여 드립니다.

③ 제1항에서 정한 안면부, 상지, 하지란 아래를 말합니다.

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 어깨관절 이하의 팔부분을 말합니다.
3. 하지란 엉덩이관절 이하의 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미합니다. 다만, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

30. 중증화상및부식진단비 특별약관

제1조("중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 정의 및 진단 확정)

① "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체표면적 차트(Lund & Browder chart)'에 의해 측정된 신체표면적으로 최소 20% 이상의

3도 화상 또는 부식을 입은 경우 를 말합니다. 단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체표면적 차트' 측정법처럼 표준화되어 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

2 "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다)를 입어 "중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)"으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 최초 1회에 한하여 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증화상및부식진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

31. 중대한특정상해수술비 특별약관

제1조(수술의 정의 및 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술" 또는 "개복(開腹)수술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금

액을 중대한특정상해수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급합니다.

② 제1항에서 "뇌손상"이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상(【별표9】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 "내장손상"이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 손상(【별표9】 중대한 특정상해 분류표 참조)을 입은 경우를 말합니다.

④ 제1항에서 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 "개두(開頭)수술", "개흉(開胸)수술", "개복(開腹)수술"로 보지 아니합니다.

1. "개두(開頭)수술"이라 함은 두 개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. "개흉(開胸)수술"이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도 수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
3. "개복(開腹)수술"이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한특정상해수술비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

32. 강력범죄발생금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 일상생활 중에 다음 각 호에서 정한 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 피해가 발생하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄발생금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄

5. 폭력행위등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

2 제1항에도 불구하고 제1항에 정한 제1호의 살인, 제2호의 상해와 폭행 및 제5호의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래에 열거한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 범죄행위를 하던 중 또는 「폭처법」 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해
2. 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 배우자 또는 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변 폭동
4. 피보험자(보험대상자)와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제38조(보험금 등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사건신고확인원(관할 경찰서장 발행)
2. 의사진단서

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

33. 유괴납치발생금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류상태에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우, 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류해제 되거나 사망사실이 확인된 시점까지 이 특별약관의 보험가입금액를 90일을 한도로 하여 유괴납치발생금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 억류상태라 함은 아래와 같은 경우를 말합니다.

1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것을 말합니다.
2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨두는 것을 말합니다.
3. 1의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고·접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명확한 경우에는 보상하지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)
회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제3조(보험금등 청구시 구비서류)
수익자가 유괴납치발생금를 청구할 때에는 보통약관 제38조(보험금등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 유괴·납치·인질 신고확인서(관할 경찰서장 발행)
2. 그 밖에 필요한 증거자료

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

34. 미성년자 유괴인신매매발생금 특별약관

제1조(보상하는 손해)
회사는 만 20세미만인 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 약취와 유인의 죄(형법 제31장 제287조, 제288조, 제289조, 제291조)에 의해 피해자가 된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 미성년자 유괴인신매매발생금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

<형법 제31장 약취와 유인의 죄>
제287조 (미성년자의 약취, 유인) 미성년자를 약취 또는 유인한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.
제288조 (영리등을 위한 약취, 유인, 매매등)
① 추행, 간음 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 자는 1년 이상의 유기징역에 처한다.
② 추업에 사용할 목적으로 부녀를 매매한 자도 전항의 형과 같다.
③ 상습으로 전2항의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다.
제289조 (국외이송을 위한 약취, 유인, 매매)
① 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취, 유인 또는 매매한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.
② 약취, 유인 또는 매매된 자를 국외에 이송한 자도 전항의 형과 같다.
③ 상습으로 전2항의 죄를 범한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.
제291조 (결혼을 위한 약취, 유인) 결혼할 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)
1 회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.
2 회사는 피보험자(보험대상자)가 원인이 불명확한 실종 및 행방불명된 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제3조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법

서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

35. 학원폭력발생금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 일상생활 중에 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 학원폭력발생금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
① 회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.
② 회사는 아래와 같은 사유로 발생한 폭력피해에 대하여는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 학원폭력발생금을 지급하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 고의 또는 피보험자의 친족에 의한 사고
2. 피보험자가 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생된 사고

제3조(보험금등 청구시 구비서류)
보험수익자(보험금을 받는 자)가 학원폭력발생금을 청구할 때에는 보통약관 제38조(보험금등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 관할경찰서의 폭력사고확인서를 회사에 제출하여야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

36. 식중독입원비 특별약관

제1조(입원의 정의 및 장소)
① 이 담보에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에

의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 담보에서 "식중독의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 식중독으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 식중독의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 식중독을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 식중독의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 식중독으로 진단된 경우에는 이는 식중독의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 식중독이 발생하고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

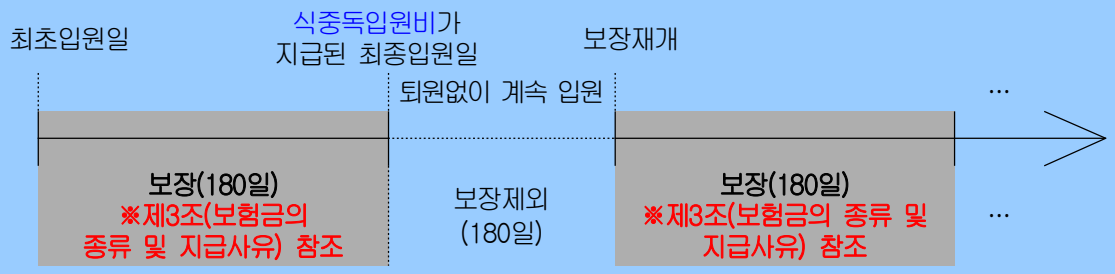
2 제1항의 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표10】(식중독분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 식중독입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "식중독"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 "식중독"에 대한 입원이라도 식중독입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 식중독입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 "식중독"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 식중독입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한

제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

37. 특정전염병발생금 특별약관

제1조(특정전염병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 “특정전염병”이라 함은 제5차 한국표준질병사인 분류에 있어서 특정전염병 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

2 제1항의 “진단”이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가 '감염병 예방 및 관리에 관한 법률 제11조 제5항'의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령이 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 된 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 제1조(“특정전염병”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 특정전염병으로 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

38. 깁스치료비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 매사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 질병 또는 상해로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비를 지급하여 드립니다.

<깁스(Cast)치료의 정의>

깁스(Cast)치료라 함은 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

39. 질병사망후유장해 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 사망보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 후유장해보험금의 경우는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래와 같이 후유장해보험금을 지급하여 드립니다.
   가. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급
   나. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 경우 : 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정

되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

6 다른 질병으로 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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

10 회사는 하나의 사고로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 사망보험금 및 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

11 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

12 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

13 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

14 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관·

에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

3 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

40. 질병사망후유장해(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 사망보험금의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 후유장해보험금의 경우는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 아래와 같이 후유장해보험금을 지급하여 드립니다.
   가. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 경우 : 이 특별약관의 보험가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급
   나. 장해분류표에서 정한 지급률이 80%미만에 해당하는 경우 : 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6 다른 질병으로 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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

10 회사는 하나의 사고로 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에서 정한 사망보험금 및 후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급하여 드립니다.

11 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

12 제11항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

13 제12항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

14 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제12항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급하였다 하더라도 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

3 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

41. 질병사망 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

구 분	경과기간 1년미만	경과기간 1년이상
사망보험금	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

42. 질병사망(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우 아래의 금액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

구 분	최초가입용		갱신용
	경과기간 1년미만	경과기간 1년이상	
사망보험금	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

43. 질병고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우 이 특별약관의 가입금액을 고도후유장해보험금으로 최초 1회에 한하여 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로

인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

6 다른 질병으로 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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

12 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 최초로 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】"장해분류표"참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

44. 질병고도후유장해(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 경우 이 특별약관의 가입금액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

6 다른 질병으로 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 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

12 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

45. 질병80%이상후유장해연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험

수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

12 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 최초로 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】"장해분류표"참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

46. 질병80%이상후유장해연금(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지

아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

12 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

47. 질병50%이상후유장해연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는

후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

11 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

12 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 최초로 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】"장해분류표"참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우

2 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

48. 질병50%이상후유장해연금(갱신형) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 최초 1회에 한하여 10년간 매 보험년도 사고발생 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 이 계약의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말합니다)로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해연금을 지급하지 아니합니다.

4 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

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

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해연금이 지급되지 않았던 후유장해

8 피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

9 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

10 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑪ 제10항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑫ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 후유장해연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
② 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

49. 질병사망유족연금 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접결과로써 사망한 경우 사망일로부터 10년간 매 보험년도 사망일에 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 질병사망유족연금으로 확정 지급하여 드립니다. 다만, 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며 이 경우에는 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액		지급기간
	경과기간 1년미만	경과기간 1년이상	
질병사망 유족연금	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액	매년 지급사유 발생 해당일 (총 10회 지급)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
④ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망유족연금을 지급한 경우에는 이 특별약관은 소

멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 이 계약에서 보장하지 아니하는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

50. 암진단비 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제5조(회사의 보장시기)에서 정한 보장개시일 이전에 "암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표 3】(제자리신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표 4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

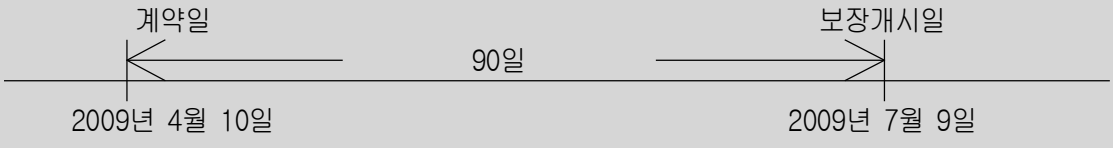
2 “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

<“암”의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)>



제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제7조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 “암” 또는 보장개시일로부터 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단될 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		암진단비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
암으로 진단시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액
갑상선암으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배
기타피부암으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
제자리암으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
경계성종양으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자(보험대상자)가 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 암진단비를 지급 받은 이후에 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단확정시에는 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 암진단비는 지급되지 아니합니다.

2 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 보통약관 제12조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호의 납입면제 사유에도 불구하고 이 특별약관의 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”으로 진단확정되는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】“장해분류표”참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우

2 제1항 제1호에서 정한 “고도후유장해”의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

3 제1항 제2호에서 정한 “질병고도후유장해”의 경우는 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

51. 암진단비(갱신형) 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제5조(회사의 보장시기) 제1항에서 정한 보장개시일 이전에 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표 3】(제자리신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표 4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기의 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(회사의 보장개시)

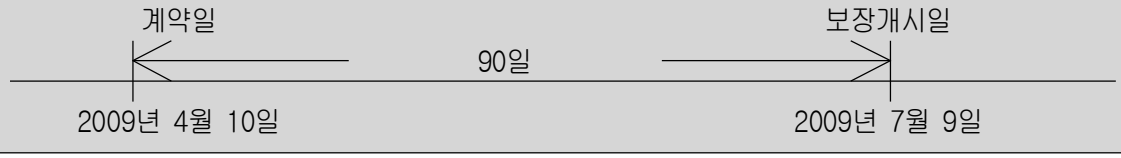
이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 최초계약인 경우

가. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.

나. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

<“암”의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우 최초계약시에만 해당)>



2. 갱신계약인 경우 : 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제6조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 아래에서 정한 내용을 따릅니다.

1. 최초계약인 경우
   가. 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(회사의 보장개시)를 적용합니다.
2. 갱신계약인 경우
   가. 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
   나. 제5조(회사의 보장개시)에도 불구하고 가.의 경우 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따라 제1조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
   1) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
   2) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제7조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 아래에 따라 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단될 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 최초계약인 경우 : 제5조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단될 경우 또는 보장개시일로부터 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단될 경우

구 분		암진단비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
암으로 진단시	15세 미만	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	-	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액
갑상선암으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배
기타피부암으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
제자리암으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
경계성종양으로 진단시		이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배

2. 갱신계약인 경우 : 제5조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 “암, 기타피부암, 갑

상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단될 경우

구 분	암으로 진단시	갑상선암으로 진단시	기타피부암 · 제자리암 · 경계성종양으로 진단시
암진단비	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 피보험자(보험대상자)가 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되어 암진단비를 지급 받은 이후에 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단확정시에는 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 암진단비는 지급되지 아니합니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"으로 진단 확정되는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

52. 암입원비 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제6조(회사의 보장시기)에서 정한 보장개시일 이전에"암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는

「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표 3】(제자리신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표 4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "경계성종양"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기의 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서"입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

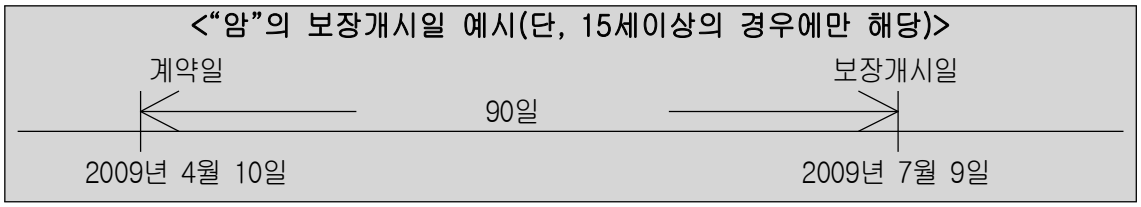
2 이 보험에서 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단된 경우에 이는 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에

서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제8조(보험금의 종류 및 지급사유)

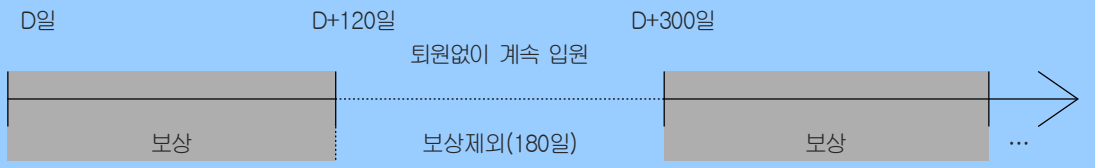
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 “암” 또는 보장개시일 이후에 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 아래의 금액을 암입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		암입원비	
		가입후 경과기간 90일 이하	가입후 경과기간 90일 초과
암으로 입원시	15세미만	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
갑상선암으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	
기타피부암으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	
제자리암으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	
경계성종양으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

② 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 동일한 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”에 대한 입원이라도 암입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일을 넘어 계속 입원할 경우 아래의 예시와 같이 180일간의 보상제외 기간이 지나면 새로운 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



③ 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암입원비는 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
7 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
8 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제12조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

53. 암입원비(갱신형) 특별약관

제1조(특별약관의 무효)
피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제6조(회사의 보장시기) 제1항에서 정한 보장개시일 이전에"암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)
1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.
2 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
5 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표 3】(제자리신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표 4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "경계성종양"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기의 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서"입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단된 경우에 이는 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제6조(회사의 보장개시)

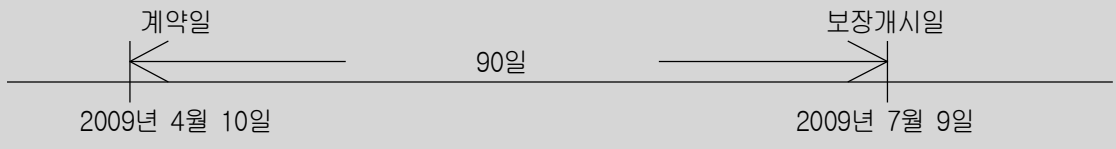
이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 최초계약인 경우

가. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.

나. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "보장개시일"이라 합니다)로 합니다.

<"암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우 최초계약시에만 해당)>



2. 갱신계약인 경우 : 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 아래에서 정한 내용을 따릅니다.

1. 최초계약인 경우

가. 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

2. 갱신계약인 경우

가. 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

나. 제6조(회사의 보장개시)에도 불구하고 가.의 경우 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따라 제1조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

2) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 아래에 따라 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 아래의 금액을 암입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 최초계약인 경우 : 제6조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단될 경우 또는 보장개시일로부터 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단될 경우

구 분		암입원비	
		가입후 경과기간 90일 이하	가입후 경과기간 90일 초과
암으로 입원시	15세미만	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
갑상선암으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	
기타피부암으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	
제자리암으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	
경계성종양으로 입원시		3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	

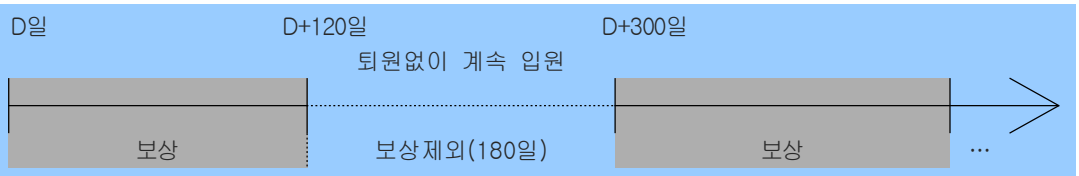
2. 갱신계약인 경우 : 제6조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단될 경우

구 분	암으로 입원시	갑상선암으로 입원시	기타피부암·제자리암 ·경계성종양으로 입원시
암입원비	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.3배	3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 암입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

② 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 동일한 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"에 대한 입원이라도 암입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일을 넘어 계속 입원할 경우 아래의 예시와 같이 180일간의 보상제외 기간이 지나면 새로운 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 보아 다시 보상하여 드립니다.



3 제8조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 암입원비는 계속 보장하여 드립니다.

4 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

5 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

7 제6항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

54. 암수술비 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제6조(회사의 보장시기) 제1항에서 정한 보장개시일 이전에“암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 이 계약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.
5 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(“제자리암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표 3】(제자리신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
2 “제자리암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표 4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
2 “경계성종양”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기의 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

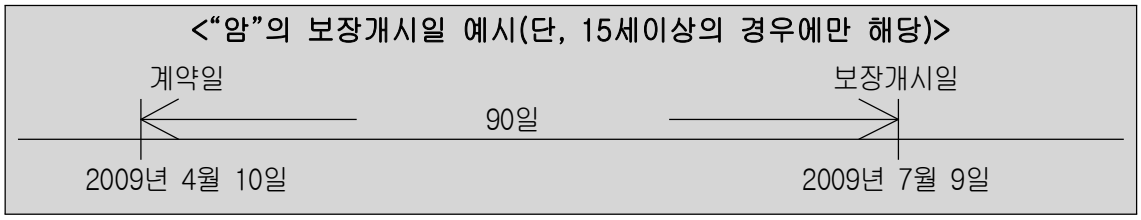
제5조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제6조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 제2조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.



제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제8조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 "암" 또는 보장개시일 이후에 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		암수술비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
암으로 수술시	15세 미만	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	-	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
갑상선암으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배
기타피부암으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
제자리암으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
경계성종양으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

55. 암수술비(갱신형) 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제6조(회사의 보장시기) 제1항에서 정한 보장개시일 이전에"암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 이 계약에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 계약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "암"중에서 【별표 2】(악성신생물(암)분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

5 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "암", "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조("제자리암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "제자리암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병(【별표 3】(제자리신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "제자리암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "제자리암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는

미상의 신생물로 분류 되는 질병(【별표 4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.

2 "경계성종양"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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. 그러나 상기의 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

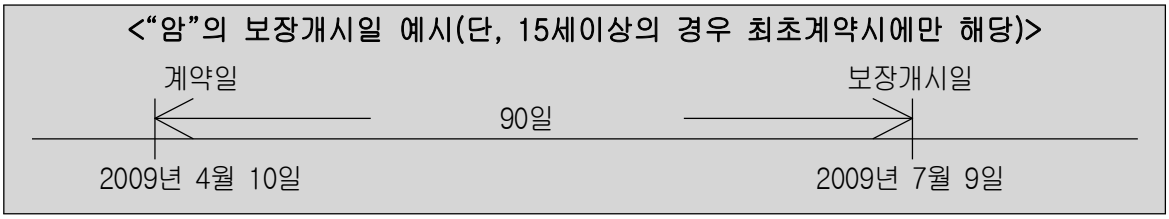
제5조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다.)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제6조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 최초계약인 경우
   가. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
   나. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "보장개시일"이라 합니다)로 합니다.



2. 갱신계약인 경우 : 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제7조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 아래에서 정한 내용을 따릅니다.

1. 최초계약인 경우
   가. 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(회사의 보장개시)를 적용합니다.
2. 갱신계약인 경우
   가. 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
   나. 제6조(회사의 보장개시)에도 불구하고 가.의 경우 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따라 제1조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
      1) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
      2) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제8조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 아래에 따라 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 아래의 금액을 암수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 최초계약인 경우 : 제6조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단될 경우 또는 보장개시일로부터 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단될 경우

구 분		암수술비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
암으로 수술시	15세 미만	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
	15세 이상	-	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액
갑상선암으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배
기타피부암으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
제자리암으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배
경계성종양으로 수술시		수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배

2. 갱신계약인 경우 : 제6조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 진단될 경우

구 분	암으로 수술시	갑상선암으로 수술시	기타피부암·제자리암·경계성종양으로 수술시
암수술비	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.2배	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 0.1배

제9조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

56. 방사선약물치료비 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제3조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에"암"으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

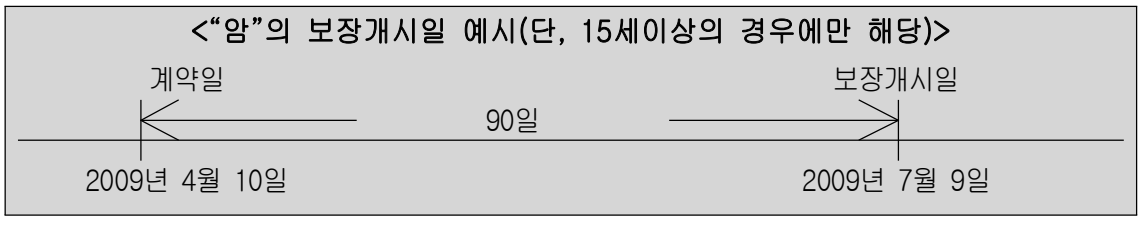
2 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "보장개시일"이라 합니다)로 합니다.



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제3조(회사의 보장개시)에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정받은 후 방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 방사선약물치료비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		방사선 약물치료비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “암”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

5 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “방사선치료”라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 악성신생물(암)의 치료를 직접적인 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

6 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 “약물치료”라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 악성신생물(암)의 치료를 직접적인 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

1 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 방사선약물치료비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

57. 방사선약물치료비(갱신형) 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제3조(회사의 보장시기) 제1항에서 정한 보장개시일 이전에"암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조("암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 「분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」, 「분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병」 또는 「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 한국표준질병사인분류의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(【별표 5】(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표) 참조)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

3 "암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

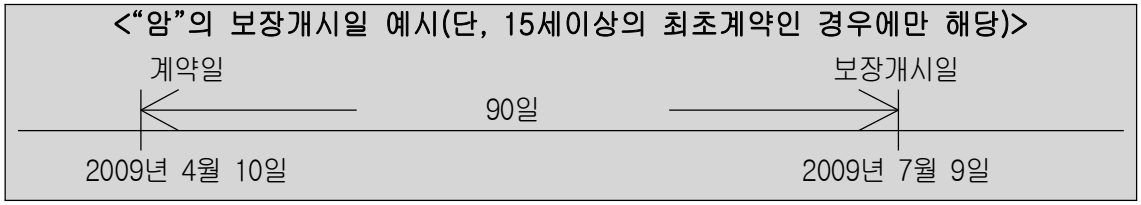
제3조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 최초계약인 경우

가. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.

나. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "보장개시일"이라 합니다)로 합니다.



2. 갱신계약인 경우 : 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 아래에서 정한 내용을 따릅니다.

1. 최초계약인 경우

가. 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

2. 갱신계약인 경우

가. 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.

나. 제5조(회사의 보장개시)에도 불구하고 가.의 경우 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따라 제2조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활

(효력회복)일로 합니다.

2) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 아래에 따라 "암"으로 진단 확정받은 후 방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 방사선약물치료비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 최초계약인 경우 : 제3조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정받은 후 방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우

구 분		방사선 약물치료비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

2. 갱신계약인 경우 : 제3조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 암에 대한 보장개시일 이후에 "암"으로 진단 확정받은 후 방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우

구 분	방사선 약물치료비
방사선치료 또는 약물치료를 받은 경우	이 특별약관의 보험가입금액

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "암"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑤ 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 "방사선치료"라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 악성신생물(암)의 치료를 직접적인 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑥ 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 "약물치료"라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 악성신생물(암)의 치료를 직접적인 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 방사선약물치료비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

58. 고액치료비암진단비 특별약관

제1조(특약의 체결)

이 특별약관은 암진단비담보 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이전에 "고액치료비암"으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제3조("고액치료비암"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "고액치료비암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암), 림프·조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표12】"고액치료비암 분류표"참조)을 말합니다. 다만「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

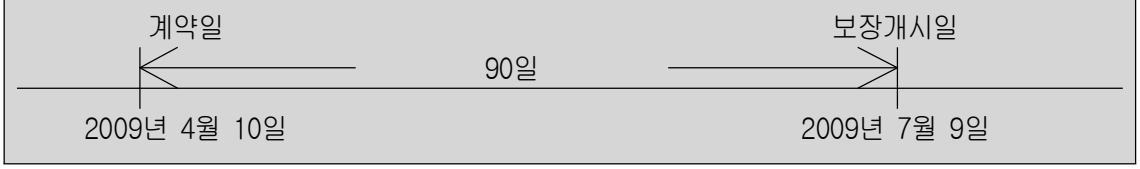
2 "고액치료비암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 "고액치료비암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(회사의 보장개시)

이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 "고액치료비암"에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 "보장개시일"이라 합니다)로 합니다.

<"고액치료비암"의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 경우에만 해당)>



제5조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제6조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제4조(회사의 보장개시)에서 정한 고액치료비암에 대한 보장개시일 이후에 "고액치료비암"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고액치료비암진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		고액치료비암진단비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
고액치료비암으로 진단시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "고액치료비암"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "고액치료비암"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

① 보통약관 제12조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호의 납입면제 사유에도 불구하고 이 특별약관의 제3조("고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "고액치료비암"으로 진단확정되는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(특별약관 보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 최초로 "고액치료비암 이외의 암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】"장해분류표"참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80%

이상에 해당하는 후유장해(이하 “고도후유장해”라 합니다)가 남았을 경우

3. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우

2 제1항 제1호에서 “고액치료비암 이외의 암”이란 보통약관 제13조(“암”등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”에서 이 특별약관의 “고액치료비암”을 제외한 악성신생물(암)을 말합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 “고도후유장해”의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

4 제1항 제3호에서 정한 “질병고도후유장해”의 경우는 보통약관 제14조(“질병고도후유장해”의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

59. 고액치료비암진단비(갱신형) 특별약관

제1조(특약의 체결)

이 특별약관은 암진단비담보 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(특별약관의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 제4조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 보장개시일 이전에 “고액치료비암”으로 진단 확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제3조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 “고액치료비암”이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암), 림프·조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표12】“고액치료비암 분류표”참조)을 말합니다. 다만「전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)」는 제외합니다.

2 “고액치료비암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 “고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(회사의 보장개시)

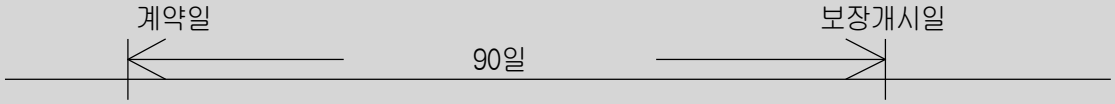
이 특별약관에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따른 “고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.

1. 최초계약인 경우

가. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.

나. 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 “보장개시일”이라 합니다)로 합니다.

<“고액치료비암”의 보장개시일 예시(단, 15세이상의 최초계약인 경우에만 해당)>



2. 갱신계약인 경우 : 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제5조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 아래에서 정한 내용을 따릅니다.

1. 최초계약인 경우
   가. 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(회사의 보장개시)를 적용합니다.
2. 갱신계약인 경우
   가. 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
   나. 제4조(회사의 보장개시)에도 불구하고 가.의 경우 피보험자(보험대상자)의 보험나이에 따라 제3조(“고액치료비암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “고액치료비암”에 대한 회사의 보장개시일은 아래에서 정한 날로 합니다.
      1) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세미만인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
      2) 피보험자(보험대상자)의 보험나이가 15세이상인 경우 : 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제6조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 아래에 따라 “고액치료비암”으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 고액치료비암진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 최초계약인 경우 : 제4조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 고액치료비암에 대한 보장개시일 이후에 “고액치료비암”으로 진단될 경우

구 분		고액치료비암진단비		
		가입 후 경과기간 1년미만		가입 후 경과기간 1년이상
		90일 이하	90일 초과	
고액치료비암으로 진단시	15세미만	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액
	15세이상	-	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

2. 갱신계약인 경우 : 제4조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 “고액치료비암”으로 진단될 경우

구 분	고액치료비암진단비	
	경과기간 1년미만	경과기간 1년이상
고액치료비암으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액	

제7조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “고액치료비암”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “고액치료비암”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나

는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1 제3조("고액치료비암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "고액치료비암"으로 진단확정되는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

60. 자녀7대암진단비 특별약관

제1조(특약의 체결)

이 특별약관은 암진단비담보 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조("자녀7대암"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "자녀7대암"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표13】(자녀7대암 분류표)에서 정한 질병으로 뼈 및 관절연골, 뇌 및 중추신경계, 림프, 조혈 및 관련조직, 부신, 남자의 경우 간 및 고환, 여자의 경우 신장 및 난소의 악성신생물(암)을 말합니다.

2 "자녀7대암"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 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 피보험자(보험대상자)가 "자녀7대암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "자녀7대암"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 자녀7대암진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	자녀7대암진단비	
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상
자녀7대암으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "자녀7대암"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "자녀7대암"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 보통약관 제12조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호의 납입면제 사유에도 불구하고 이 특별약관의 제2조("자녀7대암"의 정의 및 진단확정)에서 정한 "자녀7대암"으로 진단확정되는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(특별약관 보험료 납입면제)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험료 납입기간 중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 이 특별약관의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 최초로 "자녀7대암 이외의 암"으로 진단 확정되었을 때
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해로 장해분류표(【별표1】"장해분류표"참조. 이하 같습니다)의 각 호에 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해(이하 "고도후유장해"라 합니다)가 남았을 경우
3. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의)에서 정한 질병고도후유장해가 남았을 경우

2 제1항 제1호에서 "자녀7대암 이외의 암"이란 보통약관 제13조("암"등의 정의 및 진단확정)에서 정한 "암"에서 이 특별약관의 "자녀7대암"을 제외한 악성신생물(암)을 말합니다.

3 제1항 제2호에서 정한 "고도후유장해"의 경우는 보통약관 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항 내지 제9항을 따릅니다.

4 제1항 제3호에서 정한 "질병고도후유장해"의 경우는 보통약관 제14조("질병고도후유장해"의 정의) 제3항 내지 제13항을 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제12조(보험료의 납입면제), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

61. 뇌혈관질환진단비(갱신형) 특별약관

제1조("뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표14】(뇌혈관질환분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT),뇌척수액검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "뇌혈관질환"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	뇌혈관질환진단비		
	최초계약		갱신계약
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상	
뇌혈관질환으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "뇌혈관질환"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "뇌혈관질환"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

62. 뇌졸중진단비 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표15】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT),뇌척수액검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	뇌졸중진단비	
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상
뇌졸중으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "뇌졸중"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "뇌졸중"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

63. 뇌졸중진단비(갱신형) 특별약관

제1조("뇌졸중"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표15】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT),뇌척수액검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "뇌졸중"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	뇌졸중진단비		
	최초계약		갱신계약
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상	
뇌졸중으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "뇌졸중"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "뇌졸중"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

64. 허혈성심장질환진단비(갱신형) 특별약관

제1조("허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표16】(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "허혈성심장질환"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	허혈성심장질환진단비		
	최초계약		갱신계약
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상	
허혈성심장질환으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "허혈성심장질환"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "허혈성심장질환"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

65. 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 17】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	급성심근경색증진단비	
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상
급성심근경색증으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "급성심근경색증"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "급성심근경색증"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

66. 급성심근경색증진단비(갱신형) 특별약관

제1조("급성심근경색증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 17】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "급성심근경색증"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	급성심근경색증진단비		
	최초계약		갱신계약
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상	
급성심근경색증으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "급성심근경색증"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "급성심근경색증"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

67. 개호관련특정질병진단비 특별약관

제1조("뇌출혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "뇌출혈"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병(【별표 18】"뇌출혈 분류표" 참조)을 말합니다.

2 "뇌출혈"의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자(이하 "의사"라고 합니다.)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사(CSF) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제2조("크로이츠펠트-야콥병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "크로이츠펠트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease)"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 A81.0에 해당하는 질병을 말합니다. 단, 가족성 크로이츠펠트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease)은 보장에서 제외합니다.

2 "크로이츠펠트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease)"의 진단확정은 뇌파검사(EEG), 자기공명영상(MRI), 뇌척수액검사(CSF), 조직검사 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제3조("파킨슨병"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 "파킨슨병(Parkinson's Disease)"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 G20에 해당하는 질병 중에서 호엔-야(Hoehn-Yahr) 척도 3단계 이상인 경우를 말합니다.

2 "파킨슨병(Parkinson's Disease)"의 진단확정은 자기공명영상(MRI) 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사(CSF) 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조(“알쯔하이머병”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “알쯔하이머병(Alzheimer's Disease)"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 G30에 해당하는 질병을 말합니다.

2 “알쯔하이머병(Alzheimer's Disease)"의 진단확정은 뇌파검사(EEG), 자기공명영상(MRI), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사(CSF) 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제5조(“근위축성측삭경화증”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis)"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 G12.2에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, “가족성 운동신경원병”, “원발성측삭경화증”, “진행성구마비” 및 “척수성근육위축”은 제외합니다.

2 “근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis)"의 진단확정은 혈액검사, 뇌척수액검사(CSF), 근조직생검(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부X-선 검사, 자기공명영상(MRI), 척수조영술 등을 근거로 하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제6조(“전신형 중증근무력증”의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에서 “전신형 중증근무력증(Generalized Myasthenia gravis)"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류 G70.0에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, "안구형중증근무력증(Modified Osserman 분류상 Type Ⅰ)" 및 ”가족성 중증근무력증“은 제외합니다.

2 “전신형 중증근무력증(Generalized Myasthenia gravis)"의 진단확정은 텐실론 검사(Tensilon test), 반복 신경자극(RNS) 검사, 단일근섬유 근전도(SFEMG) 검사, 혈청 항아세틸콜린수용체 항체(Anti-AChR Ab) 검사 등에 근거하여 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 신경과 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제7조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “개호관련특정질병”으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 개호관련특정질병진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	개호관련특정질병진단비	
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상
개호관련특정질병으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

2 제1항에서 “개호관련특정질병”이라 함은 “뇌출혈”, “크로이츠펠트-야콥병(Creutzfeldt-Jakob Disease)”, “파킨슨병(Parkinson's Disease)” “알쯔하이머병(Alzheimer's Disease)”, “근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis)” 및 “전신형 중증근무력증(Generalized Myasthenia gravis)”을 말합니다.

제8조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “개호관련특정질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “개호관련특정질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고

(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

1 제7조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 개호관련특정질병진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

68. 말기신부전증진단비 특별약관

제1조("말기신부전증"의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 "말기신부전증"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표19】(말기신부전증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 말기신부전증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 회사가 치명적 질병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "말기신부전증"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	말기신부전증진단비	
	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상
말기신부전증으로 진단시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "말기신부전증"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "말기신부전증"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고

(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

69. 질병특정고도장해진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 질병을 직접적인 원인으로 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 질병특정고도장해진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 어떠한 경우에도 질병특정고도장해진단비는 중복하여 지급하지 아니합니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표 41】“질병 특정고도장해 판정기준”에서 정한 장해상태(이하 “질병 특정고도장해”라고 합니다.)가 되었을 때
2. 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 중 하나 이상의 장애가 발생하고 “장애인 복지법 시행령” 제2조 및 “장애인 복지법 시행규칙” 제2조에서 정한 1급 또는 2급의 장애인(지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인을 말합니다.)이 되었을 때

구 분	가입 후 경과기간 1년미만	가입 후 경과기간 1년이상
질병특정고도장해진단비	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 “질병 특정고도장해”라 함은 ‘질병 특정고도장해 판단기준’의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우 및 ‘질병 특정고도장해 판정기준’의 2.~8.에서 정한 장해상태에 해당되어 그 상태가 영구히 지속된다는 의사의 진단확정을 받았을 경우를 말하며, 이 경우 의사의 진단확정은 장해상태의 원인이 되는 질병의 최초진단확정일로부터 180일 이상 지속적으로 치료한 후로 합니다.
2 회사는 피보험자(보험대상자)의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초진단확정일로부터 180일이 지난날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.
3 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
4 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

5 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자(보험대상자)의 선천적기형, 선천적질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 소멸)
1 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병특정고도장해진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

70. 양성뇌종양진단비 특별약관

제1조("양성뇌종양"의 정의 및 진단확정)
1 이 특약에서 "양성뇌종양"이라 함은 생명에 치명적이며 암이 아닌 뇌에 발생한 병리조직학적 양성뇌종양을 말하며 뇌에 손상을 줄 수 있는 두개내(머리내)의 종양을 포함합니다.
2 제1항의 양성뇌종양은 신경외과적 절제가 반드시 필요한 것으로 판단되거나 수술을 할 수 없는 경우에는 영구적인 신경학적 결함의 원인이(수술로 인해) 될 수 있는 경우를 말합니다.
3 하지만 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장하지 아니합니다.
4 양성뇌종양의 진단확정은 신경과의사 또는 신경외과의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "양성뇌종양"으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "양성뇌종양"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "양성뇌종양"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순

건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

71. 중대한재생불량성빈혈진단비 특별약관

제1조("중대한 재생불량성빈혈"의 정의 및 진단확정)

1 이 특약에서 "중대한 재생불량성빈혈"이라 함은 '영구적인 재생불량성 빈혈'로서 피보험자(보험대상자)가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 받고 있고, 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

2 제1항에서 '영구적인 재생불량성 빈혈'이라 함은 만성 골수부전상태로써 호중구 수가 200/㎣ 미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

1. 호중구 수가 500/㎣ 미만
2. 혈소판 수가 20,000/㎣ 미만
3. 망상적혈구 수가 20,000/㎣ 미만

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 "재생불량성빈혈"은 보장에서 제외됩니다.

4 제1항에서 "중대한 재생불량성빈혈"의 진단확정은 「의료법」 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 "중대한 재생불량성빈혈"의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 "중대한 재생불량성빈혈"로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한재생불량성빈혈진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "중대한 재생불량성빈혈"로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을

지급하지 아니합니다.
2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “중대한 재생불량성빈혈”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중대한재생불량성빈혈진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

72. 어린이심장관련특정질병진단비 특별약관

제1조(“어린이심장관련 특정질병”의 정의 및 진단확정)

1 이 특약에서 “어린이심장관련특정질병”이라 함은 “심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)”과 “판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with heart compli- cation)”을 말합니다.
2 제1항에서 “심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)”이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고, 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.
3 제1항에서 “판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with heart complication)”이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.
4 “어린이심장관련특정질병”의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외)자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “어린이심장관련특정질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 “어린이심장관련 특정질병”으로 진단될 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이심장관련특정질병진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "어린이심장관련 특정질병"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "어린이심장관련 특정질병"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 어린이심장관련특정질병진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

73. 질병입원비(1일이상) 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

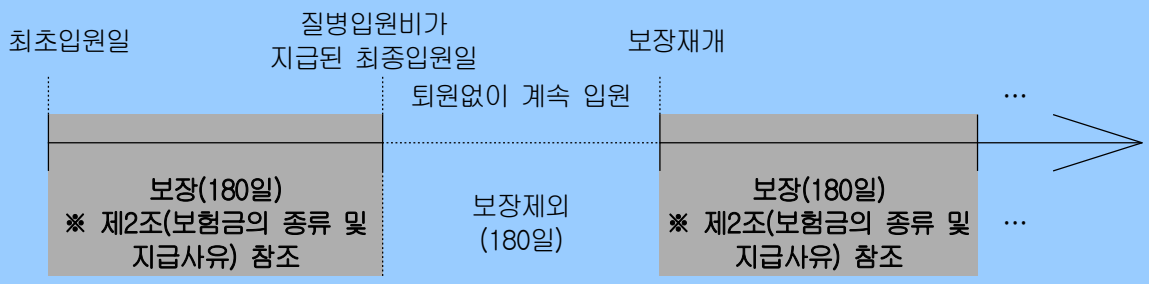
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터

180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

74. 질병입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

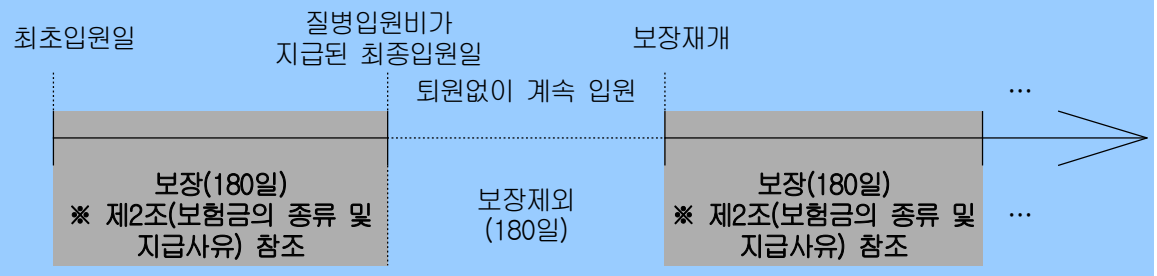
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검

진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

75. 질병입원비(4일이상) 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

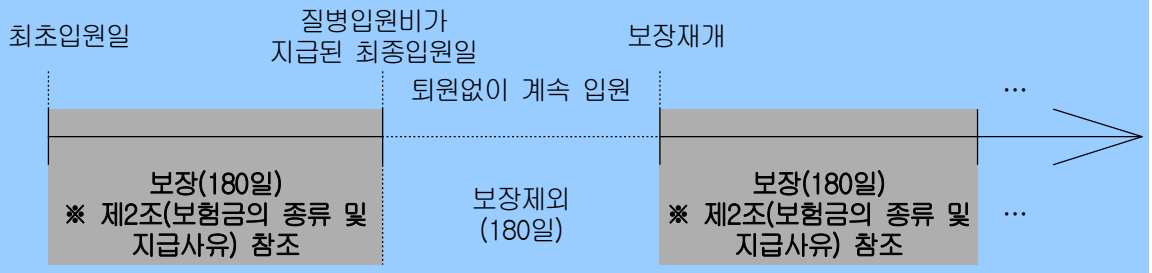
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 입원하였을 경우 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병

8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

76. 질병중환자실입원비(1일이상) 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

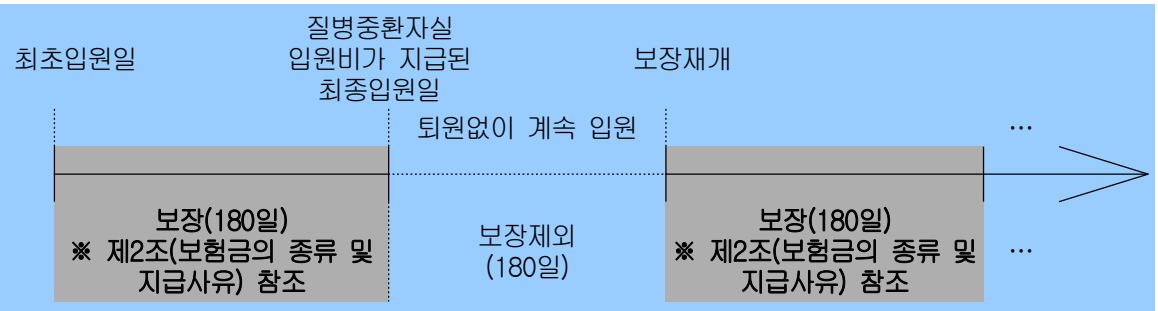
2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병중환자실입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

77. 질병중환자실입원비(1일이상)(갱신형) 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 입원하였을 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

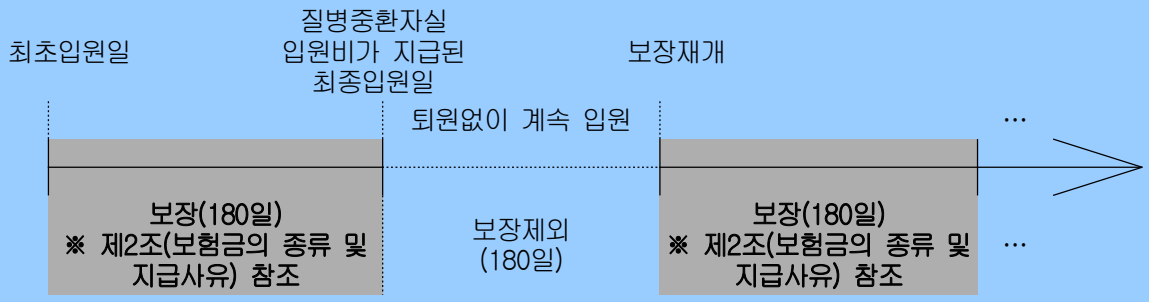
2 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병중환자실입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

78. 질병간병비 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치

료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 입원일수에 따라 아래의 금액을 질병간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

계속입원일수	질병간병비
31일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배 지급
61일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배 추가지급
91일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
121일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
181일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 2배 추가지급

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 질병간병비를 지급합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일이 지나고 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병간병비를 계속 보상하여 드립니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병간병비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

④ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

79. 질병간병비(갱신형) 특별약관

제1조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 입원일수에 따라 아래의 금액을 질병간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

계속입원일수	질병간병비
31일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배 지급
61일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 0.5배 추가지급
91일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
121일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액 추가지급
181일이상 계속 입원시	이 특별약관의 보험가입금액의 2배 추가지급

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 질병간병비를 지급합니다. 다만, 최종퇴원일로부터 180일이 지나고 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 질병간병비를 계속 보상하여 드립니다.

3 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병간병비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

4 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
5 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
6 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년 만기이며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

80. 치매입원비 특별약관

제1조("치매"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 "치매"라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 20】(치매 분류표)에 정한

질병을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “치매”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 “치매의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “치매”로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “치매”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “치매”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “치매”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “치매”로 진단된 경우에는 이는 “치매”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

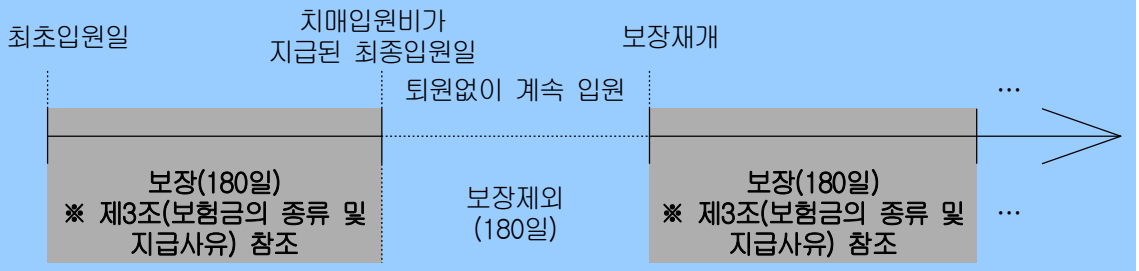
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 “치매”로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 치매입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 치매입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “치매”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 “치매”에 대한 입원이라도 치매입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 치매입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 치매입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “치매”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 치매입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 치매입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “치매”로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “치매”라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

81. 14대질병수술비 특별약관

제1조("14대질병"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 "14대질병"이라 함은 【별표 21】의 14대질병 분류표에 규정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "14대질병"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 14대질병수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "14대질병"으로 인하여 과거(청약서

상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “14대질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

82. 14대질병입원비 특별약관

제1조(“14대질병”의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 “14대질병“이라 함은 【별표 21】의 14대질병 분류표에 규정한 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하기도질환, 폐렴, 백내장, 녹내장, 결핵, 신부전을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “14대질병”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

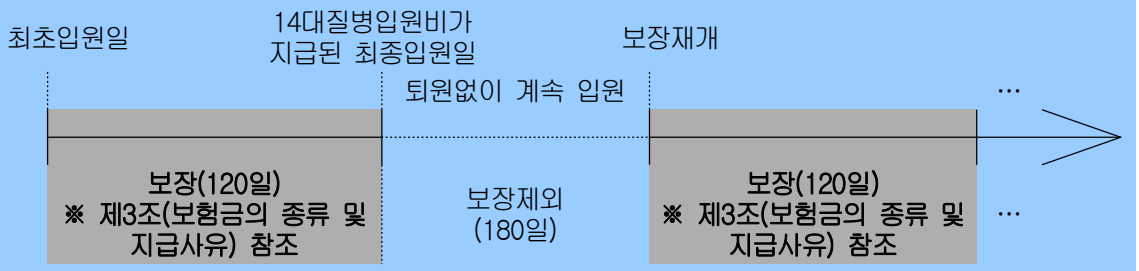
2 이 보험에서 “14대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 14대질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 14대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 14대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 14대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 14대질병으로 진단된 경우에는 이는 14대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 “14대질병”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 14대질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 14대질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “14대질병”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.
3 제2항에도 불구하고 동일한 “14대질병”에 대한 입원이라도 14대질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 14대질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 14대질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “14대질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 14대질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.
5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 14대질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
6 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “14대질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “14대질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
8 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

83. 남성7대질병수술비 특별약관

제1조("남성7대질병"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "남성 7대질병"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 22】(남성 7대질병 분류표)의 남성 7대질병 분류표에서 정한 질병으로 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "남성7대질병"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 남성7대질병수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "남성7대질병"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "남성7대질병"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

84. 남성7대질병입원비 특별약관

제1조("남성7대질병"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "남성 7대질병"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 22】(남성 7대질병 분류표)의 남성 7대질병 분류표에서 정한 질병으로 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장궤양을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "남성7대질병"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "남성7대질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 남성7대질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 남성7대질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 남성7대질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 남성7대질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 남성7대질병으로 진단된 경우에는 이는 남성7대질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

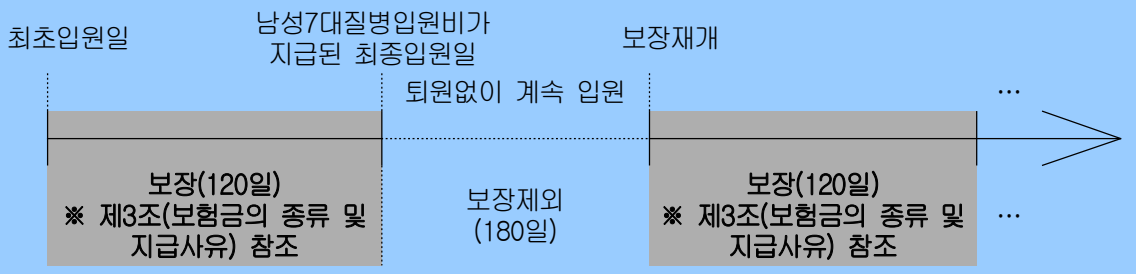
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "남성7대질병"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 남성7대질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 남성7대질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "남성7대질병"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 "남성7대질병"에 대한 입원이라도 남성7대질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 남성7대질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 남성7대질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 "남성7대질병"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 남성7대질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 남성7대질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "남성7대질병"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "남성7대질병"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단

(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

85. 여성특정질병수술비 특별약관

제1조("여성특정질병"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "여성특정질병"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 23】(여성특성질병 분류표)의 여성특정질병 분류표에서 정한 질병으로 심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신부전을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "여성특정질병"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 여성특정질병수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "여성특정질병"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "여성특정질병"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라

보장하여 드립니다.
3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

86. 여성특정질병입원비 특별약관

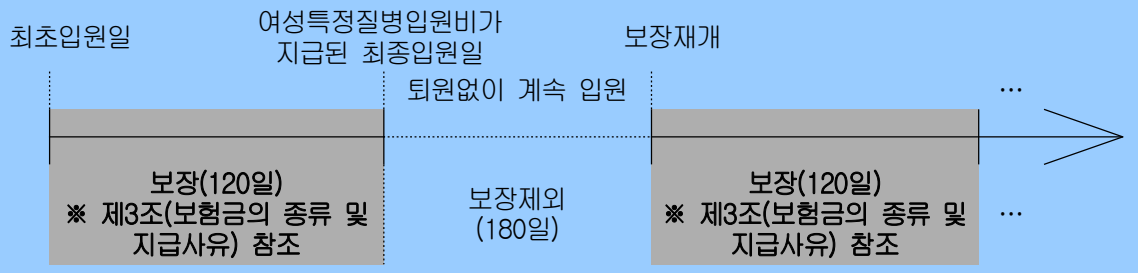
제1조("여성특정질병"의 정의 및 진단확정)
이 특별약관에 있어서 "여성특정질병"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 23】(여성특성질병 분류표)의 여성특정질병 분류표에서 정한 질병으로 심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신부전을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)
1 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "여성특정질병"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 보험에서 "여성특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 여성특정질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 여성특정질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 여성특정질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 여성특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 여성특정질병으로 진단된 경우에는 이는 여성특정질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "여성특정질병"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 여성특정질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여성특정질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "여성특정질병"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 “여성특정질병”에 대한 입원이라도 여성특정질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 여성특정질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 여성특정질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “여성특정질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 여성특정질병입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 여성특정질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “여성특정질병”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “여성특정질병”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

87. 갑상선질환입원비 특별약관

제1조(“갑상선질환”의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 “갑상선질환”이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 【별표 24】(갑상선질환 분류표)의 갑상선질환 분류표에 규정한 질병을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 “갑상선질환”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 “갑상선질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 갑상선질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 갑상선질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 갑상선질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 갑상선질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 갑상선질환으로 진단된 경우에는 이는 갑상선질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

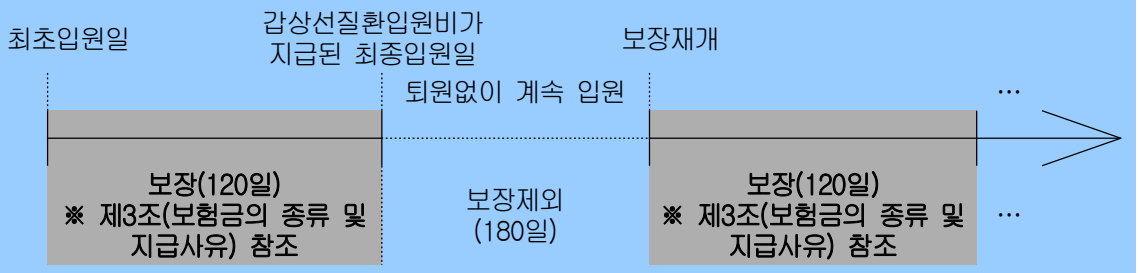
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 “갑상선질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선질환입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 갑상선질환입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “갑상선질환”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 “갑상선질환”에 대한 입원이라도 갑상선질환입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 갑상선질환입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 갑상선질환입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 “갑상선질환”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 갑상선질환입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 갑상선질환입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “갑상선질환”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “갑상선질환”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루

어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

88. 자녀10대질환수술비 특별약관

제1조("자녀10대질환"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "자녀10대질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 자녀 10대질환 분류표(【별표25】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 질병으로 장·감염, 결핵 및 결핵의 휴유증, 수막염, 간질, 중이(가운데귀)염, 급성 상기도염 및 하기도염, 폐렴, 천식, 위 십이지장 궤양 및 염증, 탈장 및 장폐색을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "자녀10대질환"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 자녀10대질환수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "자녀10대질환"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "자녀10대질환"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

④ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루

어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

89. 자녀10대질환입원비 특별약관

제1조("자녀10대질환"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "자녀10대질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 자녀 10대질환 분류표(【별표25】 참조. 이하 같습니다.)에서 정한 질병으로 장·감염, 결핵 및 결핵의 휴유증, 수막염, 간질, 중이(가운데귀)염, 급성 상기도염 및 하기도염, 폐렴, 천식, 위 십이지장 궤양 및 염증, 탈장 및 장폐색을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

1 이 계약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사, 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "자녀10대질환"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "자녀10대질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 자녀10대질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 자녀10대질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 자녀10대질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 자녀10대질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 자녀10대질환으로 진단된 경우에는 이는 자녀10대질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "자녀10대질환"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 3일초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 자녀10대질환입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

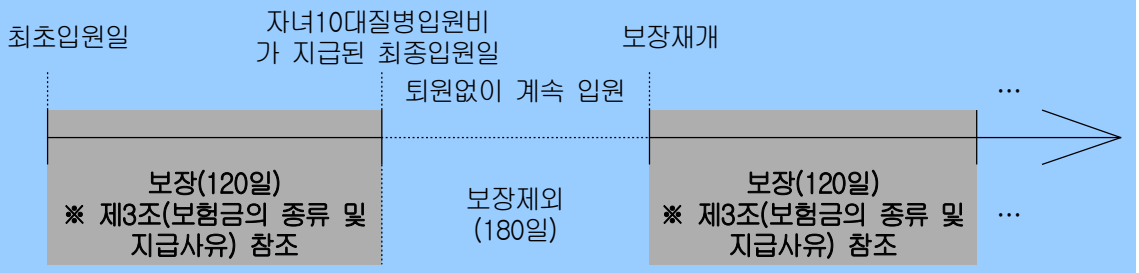
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 자녀10대질환입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "자녀10대질환"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 "자녀10대질환"에 대한 입원이라도 자녀10대질환입원비가 지급된 최종입

원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 자녀10대질환입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 자녀10대질환입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 경우 피보험자(보험대상자)가 "자녀10대질환"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 자녀10대질환입원비를 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 자녀10대질환입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

6 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "자녀10대질환"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

7 제6항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "자녀10대질환"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

9 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

90. 호흡기질환수술비 특별약관

제1조("호흡기질환"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "호흡기질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 호흡기질환 분류표(【별표26】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 급성상기도질환, 상세불명의 상기도질환, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 만성기관지염, 상세불명의 만성 기관지염, 천식, 천식지속상태, 폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 "호흡기질환"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기질환수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "호흡기질환"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "호흡기질환"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

91. 피부질환수술비 특별약관

제1조("피부질환"의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "피부질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 피부질환 분류표(【별표27】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 피부 및 피하조직의 감염, 수포성 장애, 피부염 및 습진, 구진비늘 장애, 두드러기 및 홍반, 피부 및 피하조직의 방사선 관련성 장애, 피부 부속기의 장애, 피부 및 피하조직의 기타 장애를 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 “피부질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 피부질환수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “피부질환”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “피부질환”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

92. 선천이상수술비(혀유착증제외) 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조(피보험자(보험대상자)의 범위)

1 이 특약에서 피보험자(보험대상자)는 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 “태아”라 합니다)로 합니다.
2 제1항의 태아는 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.

제3조(수술의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 【별표 29】 “선천성기형, 변형 및 염색체 이상(혀유착증 제외) 분류표”에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(혀유착증 제외)(이하 “선천이상(혀유착증 제외)”이라 합니다)으로 진단이 확정되고 그 선천이상(혀유착증 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

93. 충수염(맹장염)수술비 특별약관

제1조(“충수염(맹장염)”의 정의 및 진단확정)
이 특별약관에 있어서 “충수염(맹장염)”이라 함은 제6차 한국표준질병사인 분류에 있어서 충수염(맹장염) 질환 (【별표30】 참조. 이하 같습니다.)을 말합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)
이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 “충수염(맹장염)”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 “충수염(맹장염)”으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 “충수염(맹장염)”이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 충수염(맹장염)수술비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

94. 5대장기이식수술비 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상

해"라 합니다)로 인하여 장기이식수혜자로서 5대장기이식 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 "5대장기"라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, "5대장기이식수술"이라 함은 "장기 등 이식에 관한 법률"에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

95. 조혈모세포이식수술비 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병으로 인하여 장기이식수혜자로서 조혈모

세포이식 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 "조혈모세포이식"이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. "동종(allogenic)골수조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. "동종(allogenic)말초조혈모세포이식"이라 함은 정상적인조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
3. "자가(autologous)골수조혈모세포이식"이라 함은 본인의 골수내조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 본인의 말초혈액내조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

96. 각막이식수술비 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)로 인하여 장기이식수혜자로서 각막이식 수술을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 “각막이식수술”이라 함은 장기 등 이식에 관한 법률에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

3 제2항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 손해는 보상하지 아니합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

97. 활동불능진단비(180일) 특별약관

제1조("활동불능상태"의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 "활동불능상태"라 함은, 질병이나 신체적 부상으로 종일 누워 있으면서 다음의 제1호를 포함하고 제2호의 가.~라. 중 어느 하나에 해당하는 상태을 말합니다.

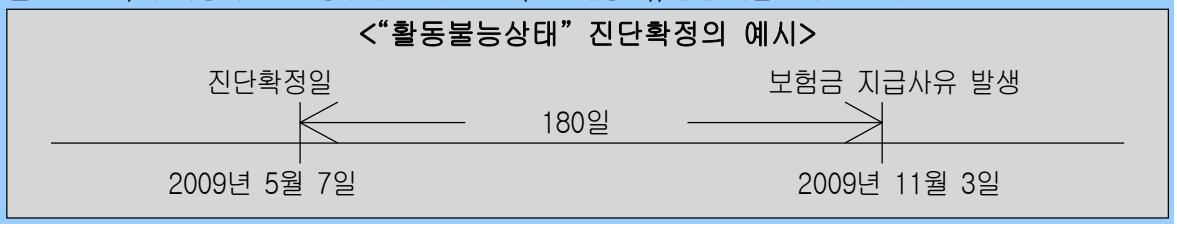
1. 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 제1항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
2. 다음의 가~라 중 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 제2항에서 제5항까지에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
   - 가. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 2.(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   - 나. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 3.(대소변의 배설 후 뒤처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   - 다. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 4.(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   - 라. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 5.(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태

② "활동불능상태"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "활동불능상태"로 진단확정되고, 그날을 포함하여 180일이상 "활동불능상태"가 계속되었을 경우에는 "활동불능상태" 진단 후 180일째 되는 날을 기준으로 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 활동불능진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

<"활동불능상태" 진단확정의 예시>



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 "활동불능상태"로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "활동불능상태"로 진단확정된 날을 포함하여 180일이상 "활동불능상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.

② 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 알코올 중독, 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(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 활동불능진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

98. 중증치매진단비(180일) 특별약관

제1조("중증치매"의 정의 및 진단확정)

① "중증치매상태"라 함은 피보험자(보험대상자)가 계약일 이후에 발생한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다) 또는 질병으로 인하여 【별표 20】(치매 분류표)에서 정한 치매로 확정되고, 이로 인하여 "인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

② 제1항에서 정한 "인지기능의 장애"라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K(Mini-mental state examination, Korean version), 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1. 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.
2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

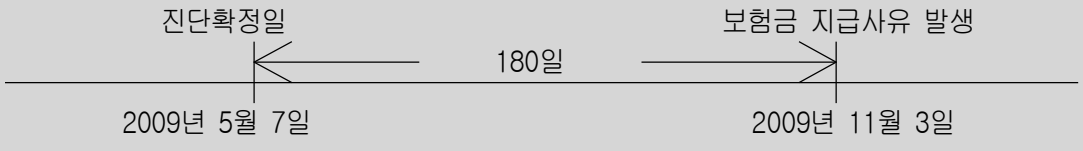
③ "중증치매상태"의 발생시의 진단은 피보험자(보험대상자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.

4 “중증치매상태”의 진단확정은 「의료법」 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 “중증치매상태”로 진단확정되고, 그날을 포함하여 180일이상 “중증치매상태”가 계속되었을 경우에는 “중증치매상태” 진단 후 180일째 되는 날을 기준으로 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증치매진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

<“중증치매상태” 진단확정의 예시>



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 “중증치매상태”로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 “중증치매상태”로 진단확정된 날을 포함하여 180일이상 “중증치매상태”가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.

2 청약서상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 알코올 중독, 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(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증치매진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

99. 활동불능진단비(90일) 특별약관

제1조("활동불능상태"의 정의 및 진단확정)

1 이 계약에 있어서 "활동불능상태"라 함은, 질병이나 신체적 부상으로 종일 누워 있으면서 다음의 제1호를 포함하고 제2호의 가.~라. 중 어느 하나에 해당하는 상태을 말합니다.

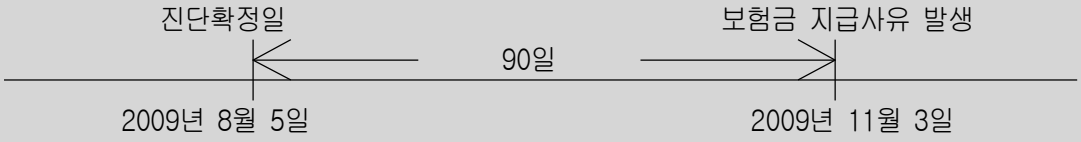
1. 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 제1항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
2. 다음의 가~라 중 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 제2항에서 제5항까지에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
   가. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 2.(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   나. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 3.(대소변의 배설 후 뒤처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   다. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 4.(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   라. 【별표 31】(일상생활동작장해 분류표)의 5.(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태

2 "활동불능상태"의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "활동불능상태"로 진단확정되고, 그날을 포함하여 90일이상 "활동불능상태"가 계속되었을 경우에는 "활동불능상태" 진단 후 90일째 되는 날을 기준으로 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 활동불능진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

<"활동불능상태" 진단확정의 예시>



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 "활동불능상태"로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "활동불능상태"로 진단확정된 날을 포함하여 90일이상 "활동불능상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계

약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 알코올 중독, 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(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 활동불능진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

100. 중증치매진단비(90일) 특별약관

제1조("중증치매"의 정의 및 진단확정)

1 "중증치매상태"라 함은 피보험자(보험대상자)가 계약일 이후에 발생한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 「상해」라 합니다) 또는 질병으로 인하여 【별표 20】(치매 분류표)에서 정한 치매로 확정되고, 이로 인하여 "인지기능의 장애"가 발생한 상태를 말합니다.

2 제1항에서 정한 "인지기능의 장애"라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K(Mini-mental state examination, Korean version), 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사 방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.)에 해

당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

1. 한국형 간이인지기능검사(MMSE-K, 1989년)는 인지기능 선별검사로서 점수의 범위는 0~30점까지이며, 점수가 낮을수록 중증을 의미합니다.
2. CDR척도(2001년)는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

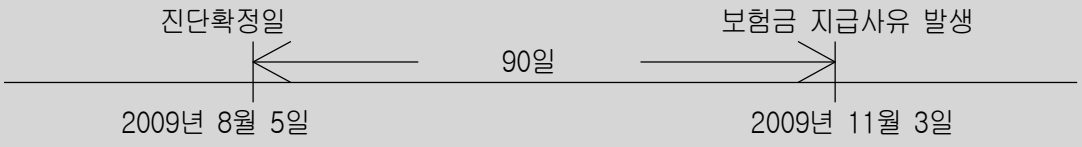
3 "중증치매상태"의 발생시의 진단은 피보험자(보험대상자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 합니다.

4 "중증치매상태"의 진단확정은 「의료법」제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "중증치매상태"로 진단확정되고, 그날을 포함하여 90일이상 "중증치매상태"가 계속되었을 경우에는 "중증치매상태" 진단 후 90일째 되는 날을 기준으로 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증치매진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

<"중증치매상태" 진단확정의 예시>



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 "중증치매상태"로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 "중증치매상태"로 진단확정된 날을 포함하여 90일이상 "중증치매상태"가 계속되었을 경우 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 보상하여 드립니다.

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

3 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 알코올 중독, 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(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증치매진단비를 지급한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

101. 벌금 특별약관(운전자용)

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1사고당 2,000만원을 한도로 벌금비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기)이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

3 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제를 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제를 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

4 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
7. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
8. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

102. 자동차사고변호사선임비용 특별약관(운전자용)

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(기하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

2 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 아니하고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

3 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 『6종 건설기계』라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로서만 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

4 제1항의 『자동차를 운전하던 중』 이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

5 제1항의 『1사고』 라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며, 『1사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자(보험대상자)가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

6 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합

계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
7. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
8. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금등 청구시 구비서류)

수익자가 자동차사고변호사선임비용을 청구할 때에는 보통약관 제38조(보험금등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)

제4조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

103. 면허정지 특별약관(영업용 운전자용)

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지되었을 때에는 면허정지기간 동안 최고 60일을 한도로 보험증권(보험가입증서)에 기재된 일당액을 면허정지보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항의 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경 받았거나 감경

받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경 받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 컨크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기)이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

4 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
7. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
8. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

104. 면허취소 특별약관(영업용 운전자용)

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 취소되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금

을 받는 자)의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 컨크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기)이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

3 "자동차를 운전하던 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
7. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
8. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

105. 교통사고처리실손비 특별약관(운전자용)

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 자동차를 말합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하 「피해자」라 합니다.)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 교통사고처리실손비로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

1. 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)를 사망하게 한 경우
2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
3. “일반교통사고”로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리실손비는 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제1항 제1호의 경우 : 3천만원
2. 제1항 제2호의 경우

42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일이상 진단시
1천만원	2천만원	3천만원

3. 제1항 제3호의 경우 : 3천만원

③ 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표32】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

④ 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기)이하「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

⑧ 제1항에서 “자동차를 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
6. 자가용의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리실손비를 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의

해 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

106. 중상해교통사고처리실손비 특별약관(운전자용)

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 자동차를 말합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고로 타인(이하「피해자」라 합니다)에게 제1호에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 중상해교통사고처리실손비로 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

1. "일반교통사고"로 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

2 제1항의 중상해교통사고처리실손비는 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

3 제1항 제1호에서 "일반교통사고"라 함은 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고(교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표32】 참조)에 해당되는 사고를 말함. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니함.)에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

4 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보상하는 손해) 제2항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다.)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

6 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차,

특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트 살포기, 타이어식 굴삭기)이하 「6종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.

7 제1항에서 "자동차를 운전 중"이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고
6. 자가용의 경우 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

1 제1조(보상하는 손해) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해교통사고처리실손비를 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.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

107-1. 화재손해(주택물건)(갱신형) 특별약관

제1조(보험목적의 범위)

1 아래의 물건은 보험목적에 포함되지 아니합니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다. 단, 전시용자동차는 제외합니다)

2 아래의 물건은 보험증권(보험가입증서)에 기재하여야만 보험목적이 됩니다.

1. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 단, 상품인 경우에는 제외합니다.
2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

3 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 보험목적에 포함됩니다.
1. 건물인 경우
가. 건물의 부속물 : 피보험자 소유인 간막이, 대문, 담, 곳간 및 이와 비슷한 것
나. 건물의 부착물 : 피보험자 소유인 간판, 네온싸인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것
다. 건물의 부속설비 : 피보험자 소유인 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것
2. 가재인 경우 : 피보험자와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물

4 주택을 보험목적으로 하는 경우 보험목적이라 함은 아래의 물건을 말합니다.
1. 주택으로만 쓰이는 건물중 다음의 것 또는 그 수용가재
가. 단독주택
나. 주택의 부속건물로써 가재만을 수용하는데 쓰이는 것
다. 연립(다세대)주택, 아파트로써 각 호, 실이 모두 주택으로만 쓰이는 것
2. 주택병용 건물로써 아래의 용도로 사용하는 건물 및 그 수용가재
가. 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)
나. 치료 (안수, 침구(침질, 뜸질), 접골, 조산원 및 이와 비슷한 것)

제2조(보험목적에 대한 조사)

회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어 있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제3조(타인을 위한 보험계약)

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 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 무효)

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

제5조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제6조(보상하는 손해)

1 회사는 이 특별약관에 따라 보험에 가입한 물건(이하 「보험목적」이라 합니다)이 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다)로 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.
1. 화재에 따른 손해
2. 화재에 따른 소방손해
3. 화재에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안 생긴 위 제1호, 제2호의 손해를 포함합니다)

2 보험 목적이 전용주택 및 이에 수용된 가재일 경우에는 폭발, 파열로 입은 손해도 보상하여 드립니다.

3 제1항 및 제2항에서 보장하는 위험으로 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자가 지출한 잔존물제거비용을 추가로 지급합니다.

4 위 제3항의 잔존물제거비용이라 함은 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용(사고현장 및 인근

지역의 토양, 대기, 수질 오염물질 제거비용과 상차후 폐기물 처리비용은 포함하지 아니합니다) 및 상차비용(차에 싣는 비용)을 말합니다. 다만, 이 보험증권(보험가입증서)에서 보장하지 아니하는 위험으로 보험의 목적이 손해를 입거나 관계법령에 의하여 제거됨으로써 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제7조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 보험목적에 아래와 같은 사유로 손해가 생긴 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
3. 화재가 났을 때 도난 또는 분실
4. 보험목적의 발효, 자연발열, 자연발화. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
5. 화재로 생긴 것이든 아니든 파열 또는 폭발(전용주택의 경우는 제외합니다). 그러나 그 결과로 생긴 화재손해는 보상하여 드립니다.
6. 동결로 인한 수도관, 수관 또는 수압기의 파열
7. 지진, 분화(噴火), 해일, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동(군중 또는 다수인의 집단행동에 의해 전국 또는 일부지역에 있어서 현저히 평온을 해쳐 치안유지상 중대한 사태라고 인정되는 상태를 말합니다), 소요, 기타 이들과 유사한 사태
8. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 오염된 물질(원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
9. 위 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
10. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 그밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 전기적 사고로 손해가 생긴 그 전기기기 또는 장치 이외의 보험의 목적에 생긴 화재, 폭발 또는 파열로 인한 손해는 보상하여 드립니다.
11. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

제8조(보험금등의 지급한도)

제6조(보상하는 손해) 제1항 및 제2항의 손해에 의한 보험금과 제3항의 잔존물제거비용은 각각 지급보험금의 계산을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다. 다만, 잔존물제거비용은 손해액의 10%를 초과할 수 없습니다.

제9조(손해방지 의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

② 회사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 「손해방지비용」이라 합니다)은 보험에 가입한 금액(이하 「보험가입금액」이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 「보험가액」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 제11조(지급보험금)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.

③ 회사는 제11조(지급보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제10조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제11조(지급보험금)

① 회사가 지급할 보험금은 아래에 따라 계산합니다.

1. 보험가입금액이 보험가액의 80% 해당액과 같거나 이상일 때 : 보험가입금액을 한도로 손해액 전액

2. 보험가입금액이 보험가액의 80% 해당액보다 적을 때 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액의 80\% 해당액}}$$

다만, 보험가입금액을 한도로 합니다.

3. 위 제1호 및 제2호에 관계없이 보험 목적이 상품, 제품, 반제품, 원재료일 때 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액}}$$

다만, 보험가입금액이 보험가액보다 많을 때에는 보험가액을 한도로 합니다.

② 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 같이 하는 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 달리 하는 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례 배분합니다.

제12조(보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제13조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제14조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함 합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제15조(잔존물)

회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자의 소유가 됩니다.

제16조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시(건강진단을 받는 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다)합니다.

제17조(계약후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 보험목적을 양도할 때
3. 그 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험목적 또는 보험목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 증가하는 경우
5. 보험목적인 건물 또는 보험목적이 들어 있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워두거나 휴업하는 경우
6. 보험목적을 다른 장소로 옮길 때
7. 위 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제18조(알릴의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 제16조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(계약후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지 할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제19조(손해의 통지 및 조사)

1 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자 또는 피보험자가 제1항의 통지를 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제20조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제6조(보상하는 손해)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한번의 사고에 대하여 이 특별약관 보험가입금액의 80%해당액 이하인 때에는 이 계약의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 80%를 넘을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 보험목적이 둘 이상인 때에는 각각 제1항 및 제2항을 적용합니다.

제21조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제22조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

107-2. 도난손해(주택물건)(갱신형) 추가특별약관

제1조(화재손해 특별약관과의 관계)

1 화재손해 특별약관 제21조(특별약관의 소멸)에 의하여 화재손해 특별약관이 소멸하는 경우에는 이 추가특별약관도 소멸합니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 아래에 정한 물건(이하 "보험목적"이라 합니다)이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험목적의 주택구내에 있는 동안 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 및 파손된 손해(이하 "도난손해"라 합니다)를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 가재. 다만, 피보험자와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물에 한합니다.
2. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 다만, 피보험자와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물에 한합니다.

2 제1항 제2호에 해당하는 보험목적은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 물건에 한합니다.

3 제1항의 주택구내라 함은 공동주택에 있어서의 베란다를 포함한 전용면적 부분을 말하며, 복도, 계단, 엘리베이터, 주차장 등의 공용면적부분은 제외합니다. 공동주택 이외 주택의 경우에는 옥상 및 담장 내를 말합니다.

> "공동주택"이라 함은 「주택건설촉진법 시행령」 제3조 제3항에 의거 대지, 벽, 복도, 계단 및 설비 등의 전부 또는 일부를 공동으로 사용하는 각 세대가 하나의 건축물 안에서 각각 독립된 주거생활을 영위할 수 있는 구조로 된 주택을 말합니다. 공동주택은 연립주택 및 아파트로 구분되며, 연립주택은 4층 이하의, 아파트는 5층 이상의 공동주택을 말합니다.

4 제1항에도 불구하고 아래의 물건의 보험목적에 포함되지 아니합니다.

1. 통화(기념주화), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다). 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

5 도난당한 보험목적을 찾은 경우 그에 소요된 정당한 비용은 보상하여 드립니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 보험목적에 아래와 같은 사유로 손해가 생긴 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
2. 피보험자의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인(監守人)이 저지르거나 가담한 도난
3. 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
4. 화재나 지진, 분화, 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 도난
5. 보험목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
6. 보험목적의 수용장소를 계속하여 72시간 이상 비워둔 사이에 생긴 도난
7. 보험사고가 생긴 후 30일 이내에 알지 못한 도난

제4조(지급보험금)

① 회사는 제2조(보상하는 손해)의 도난손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상하여 드립니다.

② 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 같이 하는 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 보험가입금액의 합계액}}$$

2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 달리 하는 경우 :

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

③ 피보험자가 제2항의 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제5조(도난품의 귀속)

회사가 도난보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제40조(보험금등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 도난신고확인원(관할 경찰서장 발행)을 제출하여야 합니다.

제7조(추가특별약관의 보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 추가특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 화재손해 특별약관을 따릅니다. 다만 이 추가특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

107-3. 특수건물(주택물건)(갱신형) 추가특별약관

제1조(화재손해 특별약관과의 관계)

① 화재손해 특별약관 제21조(특별약관의 소멸)에 의하여 화재손해 특별약관이 소멸하는 경우에는 이 추가특별약관도 소멸합니다.

② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(보상하는 손해)

회사는 화재손해 특별약관 제6조(보상하는 손해)에서 정한 보상하는 손해 이외에 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제2조 제3호와 동 법 시행령 제2조 제1항에서 정하는 특수건물(동산은 제외합니다. 이하 「특수건물」이라 합니다)에 대하여는 아래의 위험으로 인하여 보험목적에 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

1. 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재
2. 항공기 또는 그로부터의 낙하물

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 보험목적에 아래와 같은 사유로 손해가 생긴 때에는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 고용인 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족의 고의
3. 화재가 났을 때 도난 또는 분실
4. 보험목적의 발효, 자연발열, 자연발화. 그러나 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
5. 화재로 생긴 것이든 아니든 파열 또는 폭발(전용주택의 경우는 제외합니다). 그러나 그 결과로 생긴 화재손해는 보상하여 드립니다.
6. 동결로 인한 수도관, 수관 또는 수압기의 파열
7. 지진, 분화(噴火), 해일, 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동(군중 또는 다수인의 집단행동에 의해 전국 또는 일부지역에 있어서 현저히 평온을 해쳐 치안유지상 중대한 사태라고 인정되는 상태를 말합니다), 소요, 기타 이들과 유사한 사태
8. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 오염된 물질(원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
9. 위 제8호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
10. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전기 그밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 전기적 사고로 손해가 생긴 그 전기기기 또는 장치 이외의 보험의 목적에 생긴 화재, 폭발 또는 파열로 인한 손해는 보상하여 드립니다.
11. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

2 회사는 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험목적에 생긴 분실 또는 도난손해
2. 원인의 직접·간접에 관계없이 풍재 또는 수재로 생긴 파열 또는 폭발의 손해
3. 원인의 직접·간접에 관계없이 지진 또는 분화로 생긴 손해
4. 풍재 또는 수재와 관계없이 댐 또는 제방이 터지거나 무너져 생긴 손해
5. 바람, 비, 눈, 우박 또는 모래, 먼지가 들어옴으로써 생긴 손해. 그러나 보험목적인 건물이 풍재 또는 수재로 직접 파손되어 보험목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
6. 추위, 서리, 얼음, 눈으로 생긴 손해
7. 풍재의 직접·간접에 관계없이 보험의 목적인 네온싸인장치에 전기적 사고로 생긴 손해 및 건식전구의 필라멘트만에 생긴 손해

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험목적이 전용주택인 경우에는 제2항 제2호의 손해는 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 화재손해 특별약관을 따릅니다. 다만 이 추가특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

① 신규특수건물의 안전점검전 선계약 추가약관

이 보험계약은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」 제16조의 규정에 따라 안전점검을 실시하고 계약을 체결하여야 하나, 부득이한 사유로 안전점검 실시전 계약을 체결하기로 하고 조속한 시일내에 안전점검을 실시후 보험목적물의 구조, 급수, 면적, 작업공정, 직업 등이 서로 다를 경우에는 아래와 같은 시점을 기준으로 그 결과에 따라 보험가입금액을 조정할 수 있으며 보험료의 차액을 받거나 돌려 드리기로 합니다.

- **환급 또는 추징의 기준 시점**

1. 보험가입금액의 조정 : 안전점검 시점
2. 적용요율 : 변경사유가 발생한 시점

107-4. 신체손해배상책임(주택물건)(갱신형) 추가특별약관

제1조(화재손해 특별약관과의 관계)

① 화재손해 특별약관 제21조(특별약관의 소멸)에 의하여 화재손해 특별약관이 소멸하는 경우에는 이 추가특별약관도 소멸합니다.

② 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(용어의 정의)

이 추가특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

1. 특수건물이라 함은 「화재로인한재해보상과보험가입에 관한 법률」(이하 「법」이라 합니다) 제2조 제3호와 동법시행령(이하 「시행령」이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 건물을 말합니다.
2. 건물소유자 배상책임이라 함은 법 제4조 제1항에서 정하는 배상책임을 말합니다. 단, 이 특수건물이 전용주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 「민법」상의 배상책임을 포함합니다.
3. 타인이라 함은 특수건물의 소유자 및 그 주거를 같이하는 직계가족(법인인 경우는 이사 또는 업무집행기관) 이외의 사람을 말합니다.

제3조(보상하는 손해)

① 회사는 특수건물의 화재로 타인이 사망하거나 부상함으로써 건물소유자 배상책임에 따라 피보험자가 부담해야 할 손해(이하 "손해"라 합니다)를 보상하여 드립니다.

② 회사는 보험목적이 전용주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 손해도 보상하여 드립니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 아니합니다.

1. 피해자의 고의, 중대한 과실 또는 법령위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 생긴 화재(보험목적이 전용주택인 경우에는 폭발,파열을 포함합니다)로 피해자 본인이 입은 손해
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능오염

제5조(피보험자의 권리의무의 승계)

특수건물이 양도된 경우에 양수인 또는 그 지정하는 자는 이 보험계약에 의한 피보험자의 권리, 의무를 승계한 것으로 봅니다.

제6조(보험금의 지급과 보상한도)

이 추가특별약관에 따른 보험금의 청구 및 지급방법과 보상한도는 법 제8조 제1항 제2호, 제3호, 시행령 제5조 내지 제8조, 동 시행규칙 제2조에 따라 결정됩니다.

제7조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 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 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제8조(보험금의 비례배분)

피보험자가 둘 이상인 때에는 회사가 지급할 보험금을 한도로 하여 재해를 입은 특수건물의 소유지분 비율에 따라 보상하여 드립니다.

제9조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 제1호 및 제2호의 통지를 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항의 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제11조(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(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 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.

제12조(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 권리의 보전 또는 행사를 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 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 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 3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제13조(추가특별약관의 보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 추가특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제14조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 화재손해 특별약관을 따릅니다. 다만 이 추가특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

【화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조】
- 2008.2.29 개정 및 시행(법률 제8863호)

제8조(보험금액)
① 제5조의 규정에 의하여 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각호에 의한다.
1. 화재보험은 특수건물의 시가에 해당하는 금액
2. 신체손해배상책임보험 중 사망의 경우에는 피해자 1인당 50만원 이상으로서 대통령령이 정하는 금액
3. 신체손해배상책임보험 중 부상의 경우에는 피해자 1인당 사망자에 대한 보험금액의 범위 안에서 대통령령이 정하는 금액

② 전항 제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【동법시행령 제5조 및 제8조】
-2009.8.7 개정 및 시행(대통령령 제21676호)

제5조(보험금액)
① 법 제8조 제1항 제2호 및 제3호의 규정에 의한 보험금액은 다음과 같다.
1. 사망의 경우에는 8천만원. 다만, 실손해액이 2천만원미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
2. 부상의 경우에는 【별표33】에서 정하는 금액. 다만, 지급보험금은 실손해액을 초과할 수 없다.
3. 부상의 경우 그 치료가 완료된 후 당해 부상이 원인이 되어 신체에 장해(이하 「후유장해」라 한다)가 생긴 때에는 【별표34】에서 정하는 금액
② 제1항 제1호 및 제2호의 규정에 의한 실손해액의 범위는 총리령으로 정한다.
③ 부상자가 치료 중에 사망한 경우에는 제1항 제1호 및 제2호의 보험금을 함께 지급한다.
④ 부상한 자에게 후유장해가 생긴 경우에는 제1항 제2호 및 제3호의 금액을 함께 지급한다.
⑤ 제1항 제3호의 금액을 지급한 후 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항 제1호의 금액에서 동항 제3호의 규정에 의하여 지급한 금액을 공제하고 지급한다.

제8조(보험금 지급)
① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 이를 지급하여야 한다.
② 손해보험회사는 법 제9조의 규정에 의하여 보험금을 지급한 때에는 지체없이 다음 각호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.
1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
2. 청구액과 지급액
3. 피해자의 주소 및 성명

【동법 시행규칙 제2조】

제2조(실손해액)
① 영 제5조 제1항 제1호의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수령액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱하여 산출한 금액에 남자평균임금의 100일분에 해당하는 장례비를 더한 금액으로 한다.
② 영 제5조 제1항 제2호의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 신체상에 상해를 입은 경우에 그 상해를 치료함에 소요되는 모든 비용으로 한다.

107-5. 화재(대물)배상책임(1억원공제)(주택물건)(갱신형) 추가특별약관

제1조(화재손해 특별약관과의 관계)
1 화재손해 특별약관 제21조(특별약관의 소멸)에 의하여 화재손해 특별약관이 소멸하는 경우에는 이 추가특별약관도 소멸합니다.
2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제2조(피보험자의 범위)
회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 피보험자 본인의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자로 봅니다.

제3조(보상하는 손해)
회사는 피보험자가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 목적물에서 발생한 화재사고로 인하여 타인의 재물을 망

그러뜨려(이하 「재물손해」라 합니다) 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 피보험자가 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 화재가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다.) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함합니다.)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 피보험자가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
2. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임.

제5조(양도)

이 보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며 회사가 서면 동의한 경우 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 그러나 기명피보험자가 사망한 경우에는 법정대리인과 법정대리인이 선임될 때까지의 재산관리인을 그 의무범위 내에서 피보험자로 합니다.

제6조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 필요할 경우 보험목적 또는 이들이 들어있는 건물이나 구내를 직접 방문하거나 계약자 또는 피보험자로부터 관련 자료를 제출 받아 이를 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 계약의 중요사항과 관련된 범위내에서 보험기간중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제7조(계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 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 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제8조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 제1호 및 제2호의 통지를 게을리 함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항의 제3호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하지 아니합니다.

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제10조(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(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 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.

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 권리의 보전 또는 행사를 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 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 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 3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제12조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대

위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺌)
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 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
라. 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

2 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 아래와 같습니다.
1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액에서 자기부담금(1억원)을 차감한 금액(이하 "보상한도액"이라 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 자기부담금(1억원)을 초과하는 부분만 보상합니다.
2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 및 '마'목 : 피보험자가 지급한 비용의 전액
3. 제1항 제2호 '다'목 및 '라'목 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권(보험가입증서)상에 기재된 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상

제13조 대위권

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.
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 드립니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제14조 보험금의 분담

1 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제15조(추가특별약관의 보험기간)

이 추가특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 추가특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제16조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 화재손해 특별약관을 따릅니다. 다만 이 추가특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

108. 화재벌금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 대한민국 내에서 형법 제170조(실화) 또는 동법 제171조(업무상실화, 중실화)에 따라 벌금형이 확정 판결되었을 때에는 1사고당 아래의 금액을 한도로 벌금형에 해당하는 금액을 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

구 분	보상한도액
형법 제170조에 의한 벌금	1,500만원 한도
형법 제171조에 의한 벌금	2,000만원 한도

2 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

3 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제2항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
2. 계약자 및 이들의 법정대리인의 고의 및 방화
3. 핵연료물질(사용이 끝난 연료 포함) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성을 포함)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

제3조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

109. 골프용품손해(갱신형) 특별약관

제1조(타인을 위한 보험계약)

1 계약자는 타인을 위한 보험계약을 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 보험계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제2조(보험계약의 무효)

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

제3조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제4조(보상하는 손해)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 생긴 아래의 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말함)에 생긴 화재(낙뢰 포함) 및 도난손해
2. 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

제5조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다. 이하 같습니다)의 고의
2. 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해
3. 분실
4. 보험계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실

제6조(손해방지 의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

② 회사는 위 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 “손해방지비용”이라 합니다)은 보험에 가입한 금액 (이하 “보험가입금액”이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 “보험가액”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 이를 보상하여 드립니다.

③ 회사는 제7조(골프용품손해 보험금)의 지급보험금에 위 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제7조(골프용품손해 보험금)

① 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제4조(보상하는 손해)에 정한 손해가 발생한 때에는 아래와 같이 보상하여 드립니다.

1. 손해가 발생된 보험목적의 싯가에 의하여 산정한 금액을 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.
2. 손해가 발생된 보험목적을 수선하게 될 때에는 보험목적을 손해발생 직전의 상태로 복구 시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 정한 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제를 포함합니다.)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여

드립니다.
2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제9조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.
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 드립니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(손해의 통지 및 조사)

1 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자 또는 피보험자가 위 제1항의 통지를 게을리하므로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제11조(보험목적에 대한 조사)

회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어 있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제12조(손해액의 조사 결정)

회사가 조사할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제13조(현물보상)

회사는 손해액의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신 할 수 있습니다.

제14조(잔존물)

회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자의 소유가 됩니다.

제15조(계약후 알릴의무)

1 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 보험목적을 양도할 때
3. 제1호 및 제2호 이외이 위험이 뚜렷이 증가한 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제16조(알릴의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 보통약관 제29조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지 할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제18조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

110. 골프용품손해확장(갱신형) 특별약관

제1조(타인을 위한 보험계약)

1 계약자는 타인을 위한 보험계약을 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 보험계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제2조(보험계약의 무효)

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

제3조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제4조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서의 골프용품손해를 제외한 골프시설 밖의 장소에서 입은 아래의 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말함)에 생긴 화재(낙뢰 포함) 및 도난손해
2. 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 파손됨으로써 생긴 손해

제5조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다. 이하 같습니다)의 고의
2. 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹 또는 쥐나 벌레로 인한 손해
3. 분실
4. 보험계약자, 피보험자의 고의 또는 중대한 과실

제6조(손해방지 의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 때에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 금액을 손해액에서 뺍니다.

② 회사는 위 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 “손해방지비용”이라 합니다)은 보험에 가입한 금액 (이하 “보험가입금액”이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 “보험가액”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 이를 보상하여 드립니다.

③ 회사는 제7조(골프용품손해 보험금)의 지급보험금에 위 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제7조(골프용품손해 보험금)

① 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제4조(보상하는 손해)에 정한 손해가 발생한 때에는 아래와 같이 보상하여 드립니다.

1. 손해가 발생된 보험목적의 싯가에 의하여 산정한 금액을 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.
2. 손해가 발생된 보험목적을 수선하게 될 때에는 보험목적을 손해발생 직전의 상태로 복구 시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 보상하여 드립니다.

② 회사는 제1항에 정한 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

제8조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제를 포함합니다.)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 위 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제9조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함 합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서

계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

2 계약자 또는 피보험자는 위 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 드립니다.

3 회사는 위 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(손해의 통지 및 조사)

1 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자 또는 피보험자가 위 제1항의 통지를 게을리하므로 인하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제11조(보험목적에 대한 조사)

회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 보험의 목적 또는 이들이 들어 있는 건물이나 구내를 조사할 수 있습니다.

제12조(손해액의 조사 결정)

회사가 조사할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에 있어서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제13조(현물보상)

회사는 손해액의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 대신할 수 있습니다.

제14조(잔존물)

회사가 잔존물을 인수하지 아니할 뜻을 나타내고 손해를 보상한 경우에는 그 잔존물은 피보험자의 소유가 됩니다.

제15조(계약후 알릴의무)

1 계약을 맺은 후 보험목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 보험목적을 양도할 때
3. 제1호 및 제2호 이외이 위험이 뚜렷이 증가한 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제16조(알릴의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 보통약관 제29조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제15조(계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지 할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때

4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제18조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

111. 골프활동중배상책임(2만원공제)(갱신형) 특별약관

제1조(타인을 위한 보험계약)

1 계약자는 타인을 위한 보험계약을 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 보험계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제2조(보험계약의 무효)

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

제3조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)를 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제4조(보상하는 손해)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설 포함) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식 포함) 중에 타인의 신체 및 재물에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다.

제5조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 위 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 위 제1항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해

1. 피보험자와 제3자 사이에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우에 그 약정에 따라 가중된 배상책임
2. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 없어짐, 손상 또는 망가진 경우 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
3. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

제6조(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 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 절차를 취할 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 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제4조(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 3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제7조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺌)
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 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액

으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금: 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액
2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 및 '마'목 : 피보험자가 지급한 비용의 전액
3. 제1항 제2호 '다'목 및 '라'목 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권(보험가입증서)상에 기재된 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제9조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율로 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제10조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 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 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제12조(알릴의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 보통약관 제29조(계약전 알릴의

무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지 할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 아니합니다.

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제13조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제14조(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(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력하여야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 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.

제15조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자 또는 피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 내용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제16조(보험금의 지급)

1 회사는 손해발생 통지 및 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다.

2 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

3 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제18조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

112. 가족일상생활배상책임(20만원공제)(갱신형) 특별약관

제1조(타인을 위한 보험계약)

1 계약자는 타인을 위한 보험계약을 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 보험계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제2조(보험계약의 무효)

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

제3조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제4조(보상하는 손해)

회사는 제5조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자가 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제5조(피보험자의 범위)

① 제4조(보상하는 손해)에서 피보험자는 아래의 사람을 말합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 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, 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거 친족(민법 제777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

② 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제6조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 아니합니다.

1. 피보험자의 직무수행으로 인한 배상책임
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임

제7조(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 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 절차를 취할 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 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제4조(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 3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제8조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺌)
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 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 손해배상금이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자기부담금(「대인배상책임」과 「대물배상책임」 각각 20만원)을 초과하는 경우에 그 초과하는 「대인배상책임」 손해액과 「대물배상책임」손해액의 합계액으로 하고 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액
2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 및 '마'목 : 피보험자가 지급한 비용의 전액
3. 제1항 제2호 '다'목 및 '라'목 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 1억원의 한도내에서 보상

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제10조(보험금의 분담)

① 회사는 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율로 보상하여 드립니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제11조(대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제12조(계약 후 알릴 의무)

① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 담보하는 위험과 동일한 위험을 담보하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제13조(알릴의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 보통약관 제29조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지 할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 아니합니다.

③ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.
6 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제14조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제15조(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(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력하여야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.
1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 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.

제16조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제38조(보험금 등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 손해배상금 및 그 밖의 내용을 지급하였음을 증명하는 서류
2. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제17조(보험금의 지급)

1 회사는 손해발생 통지 및 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다.

2 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

3 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제18조(특별약관의 소멸)
피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제19조(특별약관의 보험기간)
이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제20조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

113. 자녀만의배상책임(20만원공제)(갱신형) 특별약관

제1조(타인을 위한 보험계약)
1 계약자는 타인을 위한 보험계약을 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 보험계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제2조(보험계약의 무효)
계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제3조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

제4조(보상하는 손해)
회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 우연한 사고(이하 “사고”라 합니다)에 따라 타인의 신체에 장해 또는 재물의 손해를 입힘으로써 피보험자 또는 민법 제755조에서 규정하는 피보험자의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택”이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자가 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제5조(보상하지 아니하는 손해)
1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 계약자 또는 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의

2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 그 원인의 직접·간접을 묻지 아니하고 다음에 열거된 배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자와 동거하는 친족에 대한 배상책임
2. 피보험자와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
3. 피보험자와 제3자간의 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
5. 피보험자의 심신상실에 인한 배상책임
6. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 인한 배상책임
7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리에 인한 배상책임

제6조(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 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 절차를 취할 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 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제4조(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 3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제7조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺌)
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 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 손해배상금이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자기부담금(「대인배상책임」과 「대물배상책임」 각각 20만원)을 초과하는 경우에 그 초과하는 「대인배상책임」 손해액과 「대물배상책임」손해액의 합계액으로 하고 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금: 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액
2. 제1항 제2호 '가'목, '나'목 및 '마'목 : 피보험자가 지급한 비용의 전액

3. 제1항 제2호 '다'목 및 '라'목 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권(보험가입증서)상에 기재된 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상

제8조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

1 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 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 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

4 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제9조(보험금의 분담)

1 회사는 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율로 보상하여 드립니다.

2 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제10조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

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 드립니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제11조(계약 후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 담보하는 위험과 동일한 위험을 담보하는 계약을 다른 보험자와 맺으려고 하든지 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

제12조(알릴의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 보통약관 제29조(계약전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제11조(계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지 할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에 대해 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 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

4 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

5 제4항에도 불구하고 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제13조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우에는 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제14조(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(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

3 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력하여야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 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.

제15조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제38조(보험금 등 청구시 구비서류)의 구비서류 및 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 손해배상금 및 그 밖의 내용을 지급하였음을 증명하는 서류
2. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제16조(보험금의 지급)

① 회사는 손해발생 통지 및 제15조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

③ 회사는 제1항의 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

제17조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제18조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제19조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

114. 실손의료비(갱신형) 특별약관

실손 의료보험은 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다

제 1 장 일반사항

제1조(담보종목)

1 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형, 종합(상해와 질병을 말합니다)입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
종합	입원	피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

2 회사는 이 약관의 명칭에 '실손 의료비' 문구를 포함하여 사용합니다.

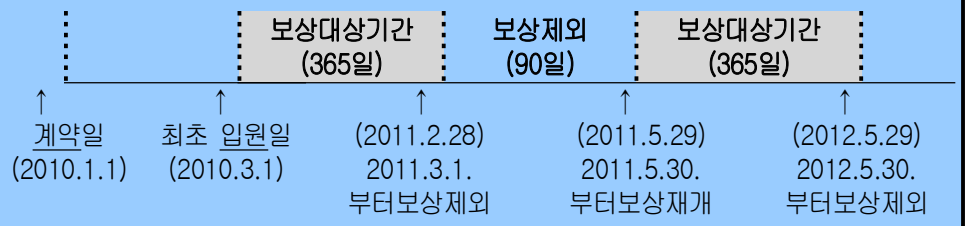
제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같습니다.

제 2 장 회사가 보상하는 사항

제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해입원</td><td>
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>‘국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.
< 보상기간 예시 >


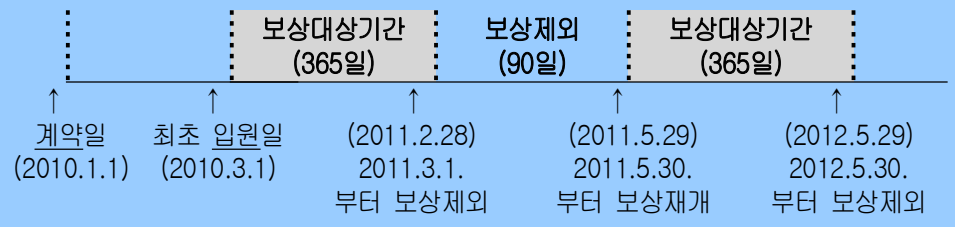
⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.
⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해통원</td><td>
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

< 항목별 공제금액 >
<table>
<tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용 및 외래수술비 합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
</table>
② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

< 보상기간 예시 >

③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 이 경우 중복방문 의료기관 중 공제금액이 가장 높은 의료기관의 공제금액을 1회만 공제합니다.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(2)
상해통원</td><td>④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</td></tr>
<tr><td>(3)
질병입원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>‘국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다.)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.
< 보상기간 예시 >
 

⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
질병입원</td><td>중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.
⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑩ 이 약관 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(4)
질병통원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.
< 항목별 공제금액 >
<table>
<tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및 외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

담보종목	보상하는 사항
(4) 질병통원	

구 분	항 목	공제금액
처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.

< 보상기간 예시 >

③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다. 이 경우 중복방문 의료기관 중 공제금액이 가장 높은 의료기관의 공제금액을 1회만 공제합니다.

④ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

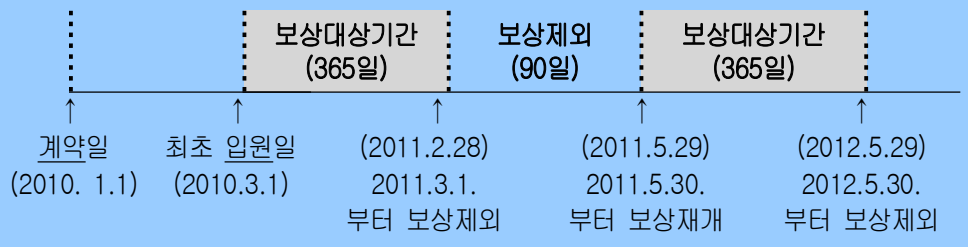
⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법 또는 의료급여법에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 이 약관 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(5)
종합입원</td><td>
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>'국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.
③ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
⑤ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.
< 보상기간 예시 >


⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 아니합니다.
⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(5)
종합입원</td><td>병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
⑨ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.
⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑪ 이 약관 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(6)
종합통원</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.
< 항목별 공제금액 >
<table>
<tr><th>구 분</th><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">외래
(외래제비용 및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

담보종목	보상하는 사항
(6) 종합통원	② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다. ③ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다. ④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다. ⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. < 보상기간 예시 > ⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다. 이 경우 중복방문 의료기관 중 공제금액이 가장 높은 의료기관의 공제금액을 1회만 공제합니다. ⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. ⑧ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑩ 이 약관 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(2) 상해통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉

담보종목	보상하지 않는 사항
(2) 상해통원	진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(3) 질병입원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62) ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제)

담보종목	보상하지 않는 사항
(3) 질병입원	4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(4) 질병통원	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우

담보종목	보상하지 않는 사항
(4) 질병통원	(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62) ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

담보종목	보상하지 않는 사항
(5) 종합입원	① 상해에 대하여는 '상해입원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병입원'을 적용
(6) 종합통원	① 상해에 대하여는 '상해통원'을 적용 ② 질병에 대하여는 '질병통원'을 적용

제4장 계약의 성립과 유지

제5조(계약의 성립)

1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

2 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 "진단계약"이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율(이하 "예정이율"이라 합니다) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제6조(청약의 철회)

1 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 "통신판매 계약"이라 합니다.)의 경우(보험기간이 1년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

2 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 "보험계약대출이율"이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

3 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제7조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목 또는 담보종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

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

3 회사는 계약자가 제1항 제5호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

4 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.
5 계약자가 제4항의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조(보험나이 등)
1 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3 피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

제9조(계약의 무효)
계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(계약의 소멸)
피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사는 그때까지 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 회사가 적립한 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제11조(계약자의 임의해지)
계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5장 보험료의 납입 등

제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일(책임개시일)"이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
   1. 제23조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
   2. 제25조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
   3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
3 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제13조(특별약관의 보험기간 및 갱신)

1 이 특별약관의 보험기간은 3년으로 합니다.

2 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)을 따릅니다.

제14조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일" 이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제15조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 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 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

3 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

4 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 특정된 수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

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

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약

의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 보험종목별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제23조(계약 전 알릴의무) 및 제25조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제18조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

1 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.

2 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

3 회사는 제1항의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

5 수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제19조(해지환급금)

1 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제20조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제21조(다수보험의 처리)

1 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

2 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

3 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제22조(연대책임)

1 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는

해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.

2 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7장 계약 전 알릴의무 등

제23조(계약 전 알릴의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제24조(상해보험계약 후 알릴의무)

1 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

2 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

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

4 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제25조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제23조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제24조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험

자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

4 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다" 라는 문구와 함께 계약자에게 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제24조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

5 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보장하여 드립니다.

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

제26조(중대사유로 인한 해지)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

제27조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제8장 보험금 지급 절차 등

제28조(주소변경통지)

1 계약자 또는 수익자(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

2 제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제29조(대표자의 지정)

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

2 지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

3 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제30조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제31조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)) 등
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)
4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제32조(보험금의 지급)

1 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

2 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

4 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제25조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제33조(환급금의 지급)

1 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 예정이율+1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

2 회사는 중도환급금 또는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

3 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게 알린 경우의 중도환급금 또는 만기환급금과 해지환급금은 다음 각 호에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 만기환급금 및 해지환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중

1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

2. 중도환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 보험기간 만기일까지의 기간은 예정이율을 적용하고, 보험기간 만기일의 다음날부터 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

제34조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제35조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제36조(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 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9장 분쟁조정 등

제37조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 드린 것으로 봅니다.
2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 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 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을

음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

2 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약 시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다

3 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

4 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

5 회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제38조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제39조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제40조(관할법원)

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

제41조(약관의 해석)

1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

3 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제42조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제43조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자에게 발생된 손해에 대하여 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제44조(회사의 파산선고와 해지)

1 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

2 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

3 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제45조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제46조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실

용 어	정 의
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 상한제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급금기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준을 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해・질병・간병보험 등 제3보험, 개인연금・퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

115. 상해수술비(갱신형) 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 입은 상해를 말하며 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 수술을 받은 경우 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 상해수술비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래 목적의 치료를 위한 상해수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내,체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

116. 질병수술비(갱신형) 특별약관

제1조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 진단 확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 질병수술비로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병수술비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급하여 드립니다. (질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 "질병"으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 "질병"이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

③ 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 보통약관 제17조(보험료의 납입연체시 납입최고

(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 보통약관 제18조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

2 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)
5. 비만(E66)
6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
7. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

3 회사는 아래 목적의 치료를 위한 질병수술비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 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), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2[비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
   라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 3년만기로만 운영하며 이 특별약관에 대한 보장이 끝나는 날은 보장특약 자동갱신 특별약관 제6조(갱신보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아

니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

117. 신생아보장 특별약관

제1조(특별약관의 무효)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제2조(피보험자(보험대상자)의 범위)

1 이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 "태아"라 합니다)로 합니다.

2 제1항의 태아는 임신(다만, 인공수정에 의한 임신은 제외합니다) 22주 이내인 경우에 한하며, 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.

제3조(출생전후기의 정의)

출생전후기라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제4조(입원 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용한 경우 : 2일초과 인큐베이터 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 저체중아 육아비용으로 지급
2. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 【별표 35】((출생전후기에 발생한 주요병태분류표)이하 "출생전후기 질병"이라 합니다)에서 정하는 질병을 원인으로 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일이상 입원하였을 경우 : 3일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아입원급여금으로 지급

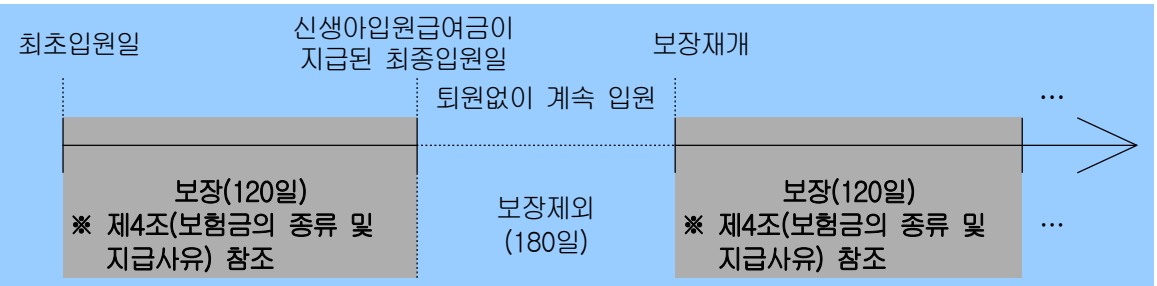
제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제5조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 저체중아 육아비용의 지급일수는 60일을 최고 한도로 합니다.

2 제5조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 신생아입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

3 제5조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "출생전후기 질병"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항을 적용합니다.

4 제3항에도 불구하고 동일한 "출생전후기 질병"에 대한 입원이라도 신생아입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 신생아입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



5 제5조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 경우 피보험자(보험대상자)가 “출생전후기 질병”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제5조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 따라 신생아입원급여금을 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 신생아입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 피보험자(보험대상자)의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

118. 출생장해위험보장Ⅱ 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

1 이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 출생전자녀가입 특별약관의 출생전자녀(이하 “태아”라 합니다)로 합니다.

2 제1항의 태아는 임신(다만, 인공수정에 의한 임신은 제외합니다) 22주 이내인 경우에 한하며, 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.

제2조(회사의 보장개시)

1 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보장은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간의 첫날 시작하여 사고발견기간이 종료된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금이 지급된 경우에는 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.

2 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면, 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 보장을 하지 아니합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 장해출생의 대상(【별표 36】 참조)에 해당하는 장해(이하「장해

출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우 : 피보험자(보험대상자)의 장해가 발견된 후 30일 이상 생존시 이 특별약관의 보험가입금액의 20%를 장해 출생보험금으로 지급

2. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 심한장해출생의 대상(【별표 37】 참조)에 해당하는 장해(이하 「심한장해 출생」이라 합니다)를 가지고 있는 경우 : 피보험자(보험대상자)의 장해가 발견된 후 180일 이상 생존시 이 특별약관의 보험가입금액의 100%를 심한장해 출생보험금으로 지급

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험금은 피보험자(보험대상자)가 출생한 날부터 1년(제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년으로 합니다. 이하「사고발견기간」이라 합니다) 이내에 의사의 진단에 의하여 사고가 발견되어진 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

② 피보험자(보험대상자)가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자(보험대상자)에 대하여 장해출생, 심한장해 출생에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.

③ 1인의 피보험자(보험대상자)에게 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 장해 출생, 심한장해 출생 중 2가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 장해출생보험금 및 심한장해 출생보험금을 지급하여 드립니다.

④ 1인의 피보험자(보험대상자)에게 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 장해 출생보험금을 지급하여 드립니다.

⑤ 1인의 피보험자(보험대상자)에게 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 심한장해 중 2가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 심한장해 출생보험금을 지급하여 드립니다.

제5조(이미 납입한 보험료의 지급)

① 회사는 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험계약이 무효가 된 것으로 보고 이미 납입한 보험료를 지급하여 드립니다.

1. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 장해출생의 경우 발견 후 30일 이내, 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에서 정한 심한장해 출생의 경우 발견 후 180일 이내에 사망하는 경우
2. 제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)에서 정한 태아가 아래의 원인으로 인하여 유산이 되거나 사산된 경우.

가. 자연유산인 경우

나. 임신의 지속이 모체의 생명 또는 건강에 심한 장해를 초래할 수 있어 임신이 중단된 경우

다. 태아의 기형과 정신박약이 예견되어 임신이 중단된 경우

② 제1항 제1호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 다태아로 출생하여 1인 이상이 30일 이상 생존하는 경우에는 제1항을 적용하지 아니합니다.

③ 제1항 제2호에도 불구하고 한 명의 피보험자(보험대상자)라도 출생하고 유산 또는 사산 되는 경우에는 제1항을 적용하지 아니합니다.

제6조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 피보험자(보험대상자)의 모(임산부)의 고의.
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

① 보험계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해지환급금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험계약의 해지가 피보험자(보험대상자)의 출생 후에 이루어진 경우에는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 피보험자(보험대상자)의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 제5조(이미 납입한 보험료의 지급) 제1항 제1호 이외의 원인으로 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

119. 모성사망 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 보통약관의 피보험자(보험대상자)가 계약 체결시에 임신한 여성으로 합니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병분류표(【별표 38】 참조)에서 정한 “여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병”으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 모성사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만후 42일까지로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1 이 특별약관의 제2조(보상하는 손해)에서 정한 모성사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

2 제1항 이외에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드리고, 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

120. 임신및출산질환치료비 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 보통약관의 피보험자(보험대상자)가 계약 체결시에 임신한 여성으로 합니다.

제2조(임신 및 출산관련질환의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 “임신 및 출산 관련 질환”이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 임신 및 출산 관련 질환 분류표(【별표 39】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "임신 및 출산 관련 질환"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "임신 및 출산 관련 질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 임신 및 출산 관련 질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 임신 및 출산 관련 질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 임신 및 출산 관련 질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 임신 및 출산 관련 질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 임신 및 출산 관련 질환으로 진단된 경우에는 이는 임신 및 출산 관련 질환의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 "임신 및 출산 관련 질환"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 6일이상 입원하였을 경우 : 아래에서 정한 금액을 입원비용으로 지급
2. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 "임신 및 출산 관련 질환"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 21일이상 입원하였을 경우 : 아래에서 정한 금액을 장기입원비용으로 지급
3. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 "임신 및 출산 관련 질환"으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 : 아래에서 정한 금액을 수술비용으로 지급

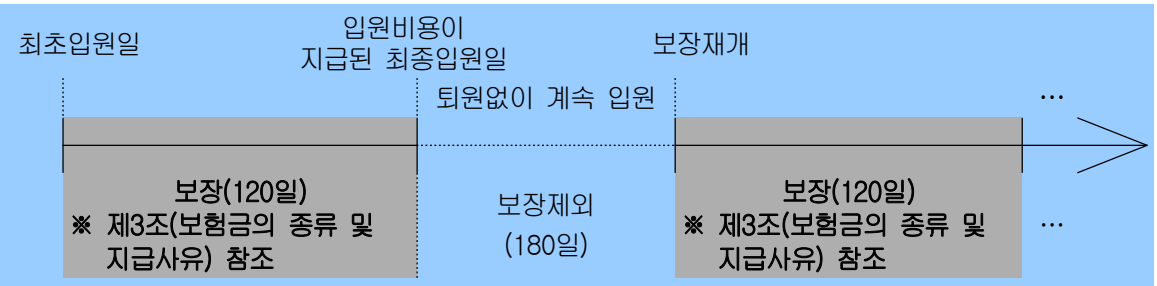
구 분	보험금
입원비용	5일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 3% 해당액
장기입원비용	계속입원일수(21일) 해당일에 이 특별약관의 보험가입금액 지급
수술비용	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 20% 해당액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 입원비용의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 "임신 및 출산 관련 질환"의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 입원비용 및 장기입원비용을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 "임신 및 출산 관련 질환"에 대한 입원이라도 입원비용이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비용이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비용이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자(보험대상자)가 "임신 및 출산 관련 질환"에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에 따라 입원비용 및 장기입원비용을 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 입원비용 및 장기입원비용의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만후 42일까지로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

121. 유산치료비 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특별약관에서 피보험자(보험대상자)는 보통약관의 피보험자(보험대상자)가 계약 체결시에 임신한 여성으로 합니다.

제2조(유산관련질환의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에 있어서 "유산관련질환"이라 함은 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 유산관련질환분류표(【별표 40】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

제3조(입원 및 수술의 정의와 장소)

1 이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 "유산관련질환"의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "유산관련질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원"이란 의사에 의해 유산관련질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 유산관련질환의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유산관련질환을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유산관련질환의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 유산관련질환으로 진단된 경우에는 이는 유산관련질환의 치료를 목

적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

3 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정이 없는 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

1. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 “유산 관련 질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 6일이상 입원하였을 경우 : 아래에서 정한 금액을 입원비용으로 지급
2. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 “유산 관련 질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 21일이상 입원하였을 경우 : 아래에서 정한 금액을 장기입원비용으로 지급
3. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 “유산 관련 질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 : 아래에서 정한 금액을 수술비용으로 지급

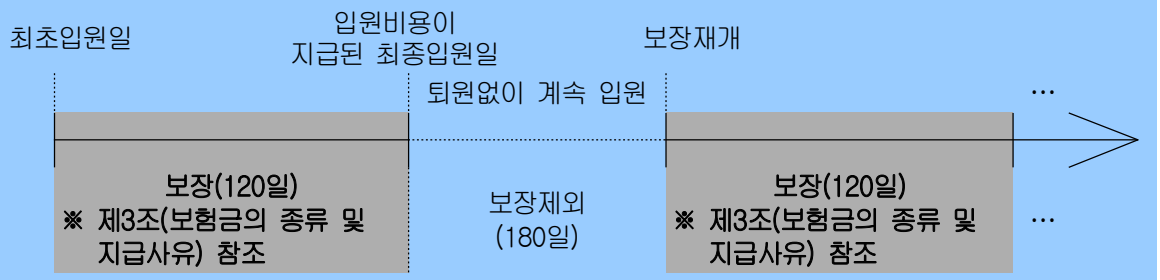
구 분	보험금
입원비용	5일초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액의 3% 해당액
장기입원비용	계속입원일수(21일) 해당일에 이 특별약관의 보험가입금액 지급
수술비용	수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액의 20% 해당액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 입원비용의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “유산 관련 질환”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 입원비용 및 장기입원비용을 적용합니다.

3 제2항에도 불구하고 동일한 “유산 관련 질환”에 대한 입원이라도 입원비용이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원비용이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원비용이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



4 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자(보험대상자)가 “유산 관련 질환”에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에 따라 입원비용 및 장기입원비용을 계속 보상하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 제4조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호의 입원비용 및 장기입원비용의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 계약일부터 분만일까지로 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제20조(보험금의 종류 및 지급사유), 제21조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제22조(보험금을 지급하지 아니하는 사유), 제24조(중도인출에 관한 사항), 제25조(만기환급금의 지급)는 준용하지 아니합니다.

122. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 아래의 열거한 특별약관(이하 "보장특약"이라 합니다)의 보험기간 3년만기 자동갱신에 대하여 적용합니다.

1. 실손의료비(갱신형), 일반상해입원비(1일이상)(갱신형), 교통상해입원비(1일이상)(갱신형), 일반상해중환자실입원비(1일이상)(갱신형), 질병사망후유장해(갱신형), 질병사망(갱신형), 질병고도후유장해(갱신형), 질병80%이상후유장해연금(갱신형), 질병50%이상후유장해연금(갱신형), 암진단비(갱신형), 암입원비(갱신형), 암수술비(갱신형), 방사선약물치료비(갱신형), 고액치료비암진단비(갱신형), 뇌혈관질환진단비(갱신형), 뇌졸중진단비(갱신형), 허혈성심장질환진단비(갱신형), 급성심근경색진단비(갱신형), 질병입원비(1일이상)(갱신형), 질병중환자실입원비(1일이상)(갱신형), 질병간병비(갱신형), 화재손해(주택물건)(갱신형), 도난손해(주택물건)(갱신형), 특수건물(주택물건)(갱신형), 신체손해배상책임(주택물건)(갱신형), 화재(대물)배상책임(1억원공제)(주택물건)(갱신형), 화재벌금(갱신형), 골프활동중배상책임(2만원공제)(갱신형), 가족일상생활중배상책임(20만원공제)(갱신형), 자녀만의배상책임(20만원공제)(갱신형), 골프용품손해(갱신형), 골프용품손해확장(갱신형), 상해수술비(갱신형), 질병수술비(갱신형) 특별약관

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 피보험자(보험대상자)의 나이가 이 상품의 사업방법서에서 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

② 갱신보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 한다. 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 보험증권(보험가입증서)에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

④ 제3항의 알릴의무에 대하여는 보통약관 제30조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

① 계약자가 "보험료납입 일시중지제도" 미신청시 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, "보험료납입 일시중지제도" 신청시에는 보

통약관 적립부분 해지환급금(보험계약대출이 있는 경우 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)에서 납입일시중지 대체보험료로서 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 충당할 수 없는 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료를 납입하지 아니한 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 아니하면 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 서면으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(갱신보장특약의 보험기간)

1 갱신보장특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 보통약관의 만기연령까지 최종 갱신후 보장특약의 잔여기간이 1~2년인 경우에는 최종 갱신후 보장특약의 보험기간을 잔여기간으로 합니다.

2 갱신보장특약에 대한 보장이 끝나는 날은 계약시점에 계약자가 선택한 보통약관의 만기연령의 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 기본계약 100세만기, 90세만기 선택시에는 질병사망후유장해(갱신형), 질병사망(갱신형)의 자동갱신 보장이 끝나는 날은 피보험자(보험대상자)의 보험나이 80세 보험계약해당일을 초과하지 아니합니다.

4 제1항 및 제2항에도 불구하고 기본계약 100세만기, 90세만기, 80세만기, 70세만기, 60세만기 선택시에는 자녀만의배상책임(20만원공제)(갱신형) 특별약관의 자동갱신 보장이 끝나는 날은 피보험자(보험대상자)의 보험나이 30세 보험계약 해당일을 초과하지 아니합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당보장특약을 따릅니다.

123. 가족추가담보 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

1 이 특별약관에 따라 보통약관에서의 피보험자(보험대상자)를 피보험자(보험대상자) 본인(이하 「본인」이라 합니다)이외에 본인의 가족 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람으로 합니다.

2 제1항의 가족이라 함은 다음 각 호의 경우를 말합니다.

1. 본인의 배우자(피보험자(보험대상자) 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자)
2. 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제777조)
3. 본인과 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀

3 제1항의 본인과 본인이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

124. 출생전자녀가입 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

① 이 특별약관은 보통약관의 피보험자(보험대상자)로 될 자가 계약을 체결할 때에 출생전 자녀(이하 "태아"라 합니다)인 계약에 대하여 적용합니다.

② 제1항의 태아는 출생시에 피보험자(보험대상자)로 됩니다.

제2조(출생통지)

① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 피보험자(보험대상자)의 가족관계기록사항 증명서 또는 주민등록등본
3. 보험증권(보험가입증서)

② 회사는 제1항의 알림이 있는 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

제3조(유산 또는 사산 등)

① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 계약을 무효로 합니다. 단, "유산치료비", "모성사망" 특별약관은 예외로 합니다.

② 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
3. 최종보험료 영수증

③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제4조(복수출생의 경우)

① 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록상 선순위로 기재된 자를 피보험자(보험대상자)로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자가 제1항의 가족관계등록상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 자녀를 피보험자(보험대상자)로 지정할 경우 회사는 이에 따릅니다.

③ 제1항 또는 제2항의 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자(보험대상자)가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 1인을 피보험자(보험대상자)로 할 수 있습니다.

④ 계약자가 제3항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 새로 피보험자(보험대상자)로 될 자의 가족관계기록사항 증명서 또는 주민등록등본
3. 보험증권(보험가입증서)

⑤ 제3항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자(보험대상자)의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자(보험대상자)에 대해서 계약상의 책임을 집니다.

⑥ 제1항 내지 제3항의 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

⑦ 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경이 이루어진 경우에는 변경 전 피보험자(보험대상자)에 대한 사망보험금이 지급되지 아니합니다.

⑧ 계약자가 원래의 피보험자(보험대상자)를 고의로 사망케 한 경우에는 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경을 하지 아니합니다.

제5조(보험금 지급기준 적용나이)

보통약관 제8조(보험나이 등)에서 적용하는 피보험자(보험대상자)의 나이는 피보험자(보험대상자)가 출생한 날로부터 계산합니다.

제6조(보험나이의 계산 및 특례)

계약일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 보험나이는 0세로 합니다.

제7조(보험계약일 및 보험나이의 변경)

1 회사는 제2조(출생통지) 제1항의 통지를 받은 경우 피보험자(보험대상자)의 출생일이 계약일로부터 6개월을 초과한 때에는 회사는 계약일을 피보험자(보험대상자)의 반년전의 해당일로 변경하며, 이로 인하여 부양자의 보험나이가 바뀌어 질 경우에는 이것을 변경합니다.

2 제1항에 의해 부양자의 보험나이를 변경할 경우에는 회사는 변경 후의 보험나이에 따라서 보험료를 변경합니다.

3 제2항의 경우 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급하여야 할 금액이 있을 때에는 회사는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자는 이를 회사에 납입하여야 합니다.

제8조(보험료 정산에 관한 사항)

1 계약을 체결할 때 가입자녀가 태아일 경우의 보험료는 가입자녀 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생 시 가입자녀의 성별이 여자일 경우에는 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.

2 회사는 제1항에 따라 이미 납입한 보험료를 정산하고 환급해야 할 금액이 있을 때에는 정산보험료를 정산일까지 기간에 대하여 이 보험의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

125. 호스피스비용선지급 특별약관

제1조(적용범위)

1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

2 이 특별약관은 보통약관의 제20조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 "사망보험금" 및 아래표에 기재된 특별약관(이하 "선지급대상 특별약관"이라 하고, 보통약관 및 각 특별약관에서 지급되는 보험금을 "선지급보험금"이라 합니다.)의 「사망보험금」에 한하여 적용합니다.

구 분	적용되는 특별약관
질병관련	질병사망후유장해, 질병사망후유장해(갱신형), 질병사망, 질병사망(갱신형), 질병사망유족연금, 모성사망
상해관련	일반상해사망, 교통상해사망, 신주말일반상해사망 대중교통이용중상해사망후유장해, 일반상해유족연금, 교통상해유족연금

제2조(지급사유)

1 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 전문의 자격을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자(보험대상자)의 남은 생존기간(이하 "여명"이라 합니다)이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 보통약관 및 "선지급대상특별약관"에서 정한 지급보험금의 50%를 호스피스비용(이하 "보험금"이라 합니다)으로 피보험자(보험대상자)에게 선지급합니다.

2 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 계약의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해지환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 보통약관 및 "선지급대상특별약관"에 정한 "선지급보험금"의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 "선지급보험금"은 지급하지 아니합니다.

3 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 보통약관 및 "선지급대상특별약관"에 정한 "선지급보험금"의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보

험금을 지급하지 아니합니다.

4 보통약관 및 “선지급대상특별약관”에 정한 “선지급보험금”이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

5 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 여명기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.

6 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 보통약관 및 “선지급대상특별약관”의 “선지급보험금액”을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리 청구인)

1 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리 지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 제7조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 수익자의 대리인으로서 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 보험금 청구시 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험금 청구시 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

2 제1항의 규정에 의하여 회사가 이 특별약관의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특별약관의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)

제5조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자(보험대상자)가 제2조(지급사유)의 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

제6조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제7조(보험금 청구시 구비서류)

1 피보험자(보험대상자) 또는 지정대리 청구인은 제1조(적용범위) 제1항에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(병원 또는 의원 등에서 발급한 진단서)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 피보험자(보험대상자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
5. 피보험자(보험대상자) 및 지정대리청구인의 가족관계기록사항증명서 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타, 피보험자(보험대상자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

2 병원 또는 의원 등에서 위 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원 등은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관을 말합니다.

제8조(보험금의 지급)

1 회사는 제7조(보험금 청구시 구비서류)의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.

2 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유 없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자(보험대상자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.

3 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관(선지급대상 특별약관)을 따릅니다.

126. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보통약관(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 「보통약관」이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

4 이 특별약관은 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하같습니다)하는 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 보통약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.

2 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 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 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 사고처리 확인원 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 부활을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

127. 특정부위 · 질병 부담보 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

4 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

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 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그러하지 아니합니다.

1. 【별표42】(특정부위·질병 분류표) 가. 특정부위 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
2. 【별표42】(특정부위·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 “보험계약의 보험기간”으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 보험계약 청약일 이후 5년을 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가적인 진단(단 순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드리며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제1항의 규정에도 불구하고 아래의 사항 중 어느 한 가지 경우에 해당하는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

4 피보험자(보험대상자)가 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.

5 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

6 제1항의 특정부위와 특정질병은 회사가 정하는 범위 내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

128. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)
1 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 이 보험료 자동납입 특별약관(이하「특별약관」이라 합니다)에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 제1조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 우리회사(이하「회사」라 합니다)와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴 의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

129. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)
1 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)
2 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)
1 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보

험대상자)의 3촌 이내의 친족

2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 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 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

1 지정대리청구인은 제6조(보험금 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

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

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

무배당
한아름플러스종합보험1106
별 표

【별표 1】 장 해 분 류 표

Ⅰ. 총 칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기 타

1) 하나의 장해가 관찰방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장해에 다른 장해가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다.
4) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 간병여부 ② 객관적 이유 및 간병의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

Ⅱ. 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수

있는 경우(“광각”)를 말한다.
4) 안구운동장해의 판정은 외상후 1년 이상 지난 후에 그 장해정도를 평가한다.
5) “안구의 뚜렷한 운동장해”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
6) “안구의 뚜렷한 조절기능장해“라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
7) “시야가 좁아진 때” 라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때“라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
11) "눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때"에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10

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

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

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장해판정기준

1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
2) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해와 각각 더하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
2) “씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
4) “씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때“라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
5) “말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때”라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
   ① 구순음(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
   ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
   ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
   ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
6) “말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
7) “말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장해로 평가한다.
9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 장해의 대상이 되지 않는다.
13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴
 ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
 ④ 코의 1/20이상 결손
2) 머리
 ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴
 ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 ④ 코의 1/40이상 결손
2) 머리
 ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
 ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.

2) 심한 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

3) 뚜렷한 운동장해

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1,2목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

4) 약간의 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정한 상태

5) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

6) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

9) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

10) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

11) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 판정한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장해(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장해가 생긴 경우)와 일시적인 장해에 대하여는 장해보상을 하지 아니한다.
3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.
4) “팔의 3대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.
5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.
6) 팔의 관절기능 장해 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장해 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장해를 표시할 경우에는 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장해”라 함은

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

다) “뚜렷한 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장해”라 함은
① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

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

다. 지급률의 결정
1) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

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

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

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은
① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

나) “심한 장해”라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1등급(Trace)"인 경우

다) “뚜렷한 장해”라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장해”라 함은

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

② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) "가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 다리의 3대 관절중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.

4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
5) “손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이의의 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때” 라 함은
① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때
2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때”라 함은
① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

② 소장 또는 간장의 3/4이상을 잘라내었을 때
③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때”라 함은
① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
④ 음경의 1/2이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
⑤ 항문 괄약근의 기능장해로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장해로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

2) 정신행동
① 상기 정신행동장해 지급률에 미치지 않는 장해에 대해서는 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.
② 일반적으로 상해를 입은 후 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상

실이 1개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장해는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉯ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장해와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

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

⑧ 정신 및 행동장해의 경우 간병인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 간병의 내용에서는 생명유지를 위한 간병과 행동감시를 위한 간병을 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

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

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

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

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

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

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

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

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

【붙임】 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

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

【별표2】 악 성 신 생 물 (암) 분 류 표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 피부의 악성 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표3】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡기통의 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

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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 단클론감마병증	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 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표5】 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류코드	한글명칭	영문명칭
C77	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph nodes
C78	호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs
C79	기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other sites
C79.0	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis
C79.1	방광 및 기타 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs
C79.2	피부의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of skin
C79.3	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges
C79.4	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of nervous system
C79.5	뼈 및 골수의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of bone and marrow
C79.6	난소의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of ovary
C79.7	부신의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland
C79.8	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	Secondary malignant neoplasm of other specified sites
C80	부위의 명시가 없는 악성 신생물	Malignant neoplasm without specification of site

1) 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2) 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를위한 선정준칙과 지침"에 따라 C76~C80의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표6】 골절(치아파절 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 골 절 명	분 류 번 호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 및 파절치 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리 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 손부위에서의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표7】 화 상 분 류 표

약관에 규정하는 화상은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 화 상 명	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 둔부 및 하지의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8. 기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표8】 골 절 분 류 표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 골절로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대 상 골 절 명	분 류 번 호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 상세불명의 머리 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 손부위에서의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 척추 부위의 골절	T08
15. 상세불명 팔 부위의 골절	T10
16. 상세불명 하지 부위의 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표9】 중대한 특정상해 분류표

중대한 특정상해로 분류되는 상병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구 분	대상이 되는 상병	분류번호
뇌손상	두개내 손상	S06
내장손상	심장의 손상	S26
	기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상	S27
	복강내 기관의 손상	S36
	비뇨 및 골반 기관의 손상	S37

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표10】 식중독 분류표

약관에서 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독작용	T62

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표11】 특정전염병 분류표

약관에서 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
콜레라	A00
장티푸스	A01.0
파라티푸스	A01.1~A01.4
상세불명의 시겔라증	A03.9
장출혈성대장균감염	A04.3
페스트	A20
파상풍	A33~A35
디프테리아	A36
백일해	A37
급성 회색질척수염	A80
일본뇌염	A83.0
홍역	B05
풍진(독일홍역)	B06
볼거리	B26
탄저병	A22
브루셀라병	A23
렙토스피라병	A27
성홍열	A38
수막구균 수막염	A39.0
기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
재향군인병	A48.1~A48.2
발진티푸스	A75
광견병	A82
신장 증후군을 동반한 출혈열	A98.5
말라리아	B50~B54

【별표12】 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 식도의 악성신생물(암)	C15
2. 췌장의 악성신생물(암)	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C70 ~ C72
- 수막의 악성신생물(암)	C70
- 뇌의 악성신생물(암)	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표13】 자녀7대암 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 자녀7대암으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병			분류번호
남녀공통	뼈 및 관절연골	사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암) 기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 C41
	뇌 및 중추신경계	수막의 악성신생물(암) 뇌의 악성신생물(암) 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C70 C71 C72
	림프, 조혈 및 관련 조직	호지킨림프종 소포성 림프종 비소포성 림프종 성숙 T/NK-세포림프종 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종 림프성 백혈병 골수성 백혈병 단핵구성 백혈병 명시된 세포형의 기타 백혈병 상세불명 세포형의 백혈병 림프, 조혈 및 관련조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C81 C82 C83 C84 C85 C91 C92 C93 C94 C95 C96
	부신	부신의 악성신생물(암)	C74
남자	간	간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
	고환	고환의 악성신생물(암)	C62
여자	신장	신우를 제외한 신장의 악성신생물(암)	C64
	난소	난소의 악성신생물(암)	C56

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표14】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 지주막하 출혈	I 60
2. 뇌내출혈	I 61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I 62
4. 뇌경색증	I 63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I 64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I 65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I 66
8. 기타 뇌혈관 질환	I 67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I 68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I 69

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표15】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표16】 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 협심증	I 20
2. 급성심근경색증	I 21
3. 이차성 심근경색증	I 22
4. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I 23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I 24
6. 만성허혈성심장병	I 25

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표17】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 급성심근경색증	I21
2. 이차성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표18】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 지주막하 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표19】 말기신부전증(End Stage Renal Failure) 분류표

말기 신부전증이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End StageRenal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제6차 개정 한국표준질병사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

【별표20】 치매 분류표

[치매로 진단확정되다]는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 [치매]임을 의사의 자격을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우

2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

여기에서 [치매]란 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표21】 14대질환 분류표

약관에 규정하는 14대질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
당뇨병	당뇨병	E10~E14
심장질환	급성 류마티스열 만성 류마티스 심장질환 허혈성 심장질환 폐성심장병 및 폐순환의 질환 기타형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52
고혈압	고혈압 질환	I10~I15
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15~B19 K70~K77
위·십이지장궤양	위궤양, 십이지장궤양, 상세불명부위의 소화성궤양	K25~K27
갑상선 질환	갑상선의 장애 처치후 갑상선기능저하증 방사선조사후 갑상선기능저하증 수술후 갑상선기능저하증	E00~E07 E89.0
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성 하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염 천식 및 천식지속상태	J40 J41 J42 J45, J46
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스 폐렴 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴 인플루엔자균에 의한 폐렴 달리 분류되지 않은 세균 폐렴 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴 달리 분류된 질환에서의 폐렴 상세불명 병원체의 폐렴 재향군인병 폐렴이 합병된 홍역	J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 A48.1 B05.2
백내장	노년성 백내장, 기타 백내장, 수정체의 기타장애	H25,H26,H27
녹내장	녹내장, 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H40, H42
결핵	결핵, 결핵의 후유증	A15~A19, B90
신부전	신부전	N17~N19

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표22】 남성 7대질병 분류표

약관에 규정하는 남성7대질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
심장질환	급성 류마티스열 만성류마티스 심장질환 허혈성 심장질환 폐성 심장병 및 폐순환 질환 기타형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15~B19 K70~K77
고혈압	고혈압 질환	I10~I15
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성 하기도 질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성만성기관지염 상세불명의 만성 기관지염 천식 천식지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표23】 여성특정질병 분류표

약관에 규정하는 여성특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
심장 질환	급성 류마티스열 만성류마티스 심장질환 허혈성 심장질환 폐성심장병 및 폐순환의 질환 기타형태의 심장병	I00~I02 I05~I09 I20~I25 I26~I28 I30~I52
뇌혈관질환	뇌혈관 질환	I60~I69
고혈압	고혈압 질환	I10~I15
당뇨병	당뇨병	E10~E14
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양, 십이지장궤양, 상세불명부위의 소화성 궤양	K25, K26, K27
신부전	신부전	N17~N19

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표24】 갑상선질환 분류표

약관에 규정하는 갑상선질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
선천 요오드 결핍 증후군	E00
요오드 결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태	E01
준임상적 요오드 결핍성 갑상선기능저하증	E02
기타 갑상선기능저하증	E03
기타 비독성 고이터	E04
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05
갑상선염	E06
갑상선의 기타 장애	E07
처치후 갑상선기능저하증	E89.0
방사선조사후 갑상선기능저하증	
수술후 갑상선기능저하증	

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표25】 자녀10대질환 분류표

약관에 규정하는 자녀10대질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병		분 류 번 호
장·감염	콜레라, 장티푸스 및 파리티푸스	A00, A01
	기타 살모넬라 감염, 시겔라증, 기타 세균성 창자 감염	A02, A03, A04
	달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
	아메바증, 기타 원충성 장 질환	A06, A07
	바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	A09
결핵 및 결핵의 후유증	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
	신경계통의 결핵	A17
	기타 기관의 결핵	A18
	좁쌀 결핵	A19
	결핵의 후유증	B90
수막염	바이러스 수막염	A87
	달리 분류되지 않은 세균수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
간질	간질, 간질 지속상태	G40, G41
중이(가운데귀)염	비화농성 중이(가운데귀)염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이(가운데귀)염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이(가운데귀)염	H67
급성 상기도염 및 하기도염	급성 비인두염(감기),	J00
	급성 부비동염,	J01
	급성 인두염,	J02
	급성 편도염	J03
	급성 폐색성 및 기관염	J04
	급성폐쇄성 후두염(크루프) 및 후두개염	J05
	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	J06
	급성 기관지염	J20
	급성 세기관지염	J21
	상세불명의 급성 하기도 감염	J22
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	상세불명 병원체의 폐렴	J18

천식	천식, 천식 지속상태	J45, J46
위,십이지장 궤양 및 염증	위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양 위공장궤양, 위염 및 십이지장염	K25, K26, K27 K28, K29
탈장 및 장폐색	사타구니탈장, 대퇴탈장, 배꼽탈장 복벽탈장, 횡경막탈장, 기타 복부탈장 상세불명의 복부탈장 탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색	K40, K41, K42 K43, K44, K45 K46 K56

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표26】 호흡기질환 분류표

약관에 규정하는 호흡기질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
급성상기도질환	J00~J06
상세불명의 상기도질환	J39.9
급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
단순성 및 점액농성 만성기관지염, 상세불명의 만성 기관지염	J41, J42
천식, 천식지속 상태	J45, J46
폐렴, 재향군인병, 폐렴이 합병된 홍역	J12~J18,A48.1,B05.2

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표27】 피부질환 분류표

약관에 규정하는 피부질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
피부 및 피하조직의 감염	L00~L08
수포성 장애	L10~L14
피부염 및 습진	L20~L30
구진비늘 장애	L40~L45
두드러기 및 홍반	L50~L54
피부 및 피하조직의 방사선 관련성 장애	L55~L59
피부 부속물의 장애	L60~L75
피부 및 피하조직의 기타 장애	L80~L99

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표29】 선천성기형, 변형 및 염색체 이상(혀유착증 제외) 분류표

약관에서 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 신경계통의 선천기형	Q00~Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10~Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20~Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30~Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35~Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형(혀유착증 제외)	Q38~Q45(Q38.1제외)
7. 생식기관의 선천기형	Q50~Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60~Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65~Q79
10. 기타 선천기형	Q80~Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90~Q99

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표30】 충수염(맹장염)질환 분류표

약관에 규정하는 충수염(맹장염)질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
충수의 질환	K35~K38

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표31】 일상생활동작 장해 분류표

1. 보행을 스스로 할 수 없음

(1) 두손 두발로 기거나, 무릎 또는 엉덩이를 바닥에 붙이지 않으면 이동할 수 없다.
(2) 혼자서는 뒤집지 못하거나 침대위에서 조금밖에 이동할 수 없다.
(3) 혼자서는 전혀 이동할 수 없다.

2. 음식물 섭취를 스스로 할 수 없음

(1) 혼자서는 식사도구를 사용하여 식사할 수 없다.
(2) 혼자서는 전혀 식사할 수 없다. (신체의 장해에 의해 요양중이어서 입을 통한 영양섭취 및 식사가 불가능하여 혈관 또는 신체에 튜브를 통해 수액제를 삽입하거나 유동식으로 영양공급이 한정되어 있는 상태를 포함함)

3. 대소변의 배설후 뒤처리를 스스로 할 수 없음

(1) 혼자서는 배변을 닦아내는 것이 불가능하다.
(2) 혼자서는 배변을 위해 앉아 있는 자세를 취할 수 없다.
(3) 잦은 실금으로 인하여 기저귀 또는 특수용기를 사용하고 있다.
(4) 치료를 위한 절대안정으로 침상에서 특수용기를 사용하여 배설행위를 해야 한다.

4. 목욕을 스스로 할 수 없음

(1) 혼자서는 몸을 씻거나 닦거나 할 수 없다.
(2) 혼자서는 욕조에 출입할 수 없다.
(3) 혼자서는 전혀 목욕이 불가하다.

5. 의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음

혼자서는 옷을 입거나 벗을 수 없다.

【별표32】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 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 상해에 이르게 한 경우

【별표33】 신체손해배상책임 부상급별 지급보험금표

상해급별	보상금액	상 해 부 위
1급	1,500만원	1. 고관절골절 또는 골절성탈구 2. 척추체분쇄성골절 3. 척추제골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술이 불가피한 상해 4. 외상성두개강내출혈로 개두수술이 불가피한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 6. 고도의 뇌좌상으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태 지속) 7. 대퇴골간부의 분쇄성골절 8. 경골하 3분의 1부 분쇄성골절 9. 3도화상 등 연부조직 손상이 체표의 약 9% 이상인 상해 10. 사지와 구간부에 연부조직손상이 심하여 유경 피부이식수술이 불가피한 상해 11. 그 밖의 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	800만원	1. 상박골간부 분쇄형 골절 2. 척추체의 설상압박골절이 있으나 제신경 증상이 없는 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해 4. 내부장기파열과 골반골절이 동반된 상해 5. 슬관절탈구 6. 족관절부골절과 골절성탈구가 동반된 상해 7. 척골간부골절과 요골골두탈구가 동반된 상해 8. 천장골간 관절탈구 9. 그 밖의 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	750만원	1. 상박골경부골절 2. 상박골과부골절과 주관절탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부골절이 동반된 골절 상해 4. 수근주상골골절 5. 요골신경손상을 동반한 상박골간부골절 6. 대퇴골간부골절 7. 슬개골의 분쇄골절과 탈구로 인하여 슬개골 완전적출술이 적용되는 상해 8. 경골과부골절이 관절면을 침범하는 상해 9. 족근골척골간관절탈구와 골절이 동반된 상해 10. 전후십자인대나 내외측반월상연골파열과 경골극골절등이 복합된 슬내장 11. 복부내장 파열로 수술이 불가피한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14. 그 밖의 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	700만원	1. 대퇴골과부골절 2. 경골간부골절 3. 거골경부골절 4. 슬개인대파열 5. 견갑관절부의 회선근개파열 6. 상박골외측상과 전위골절 7. 주관절부골절과 탈구가 동반된 상해 8. 3도 화상등 연부조직손상이 체표의 약 4.5%이상인 상해 9. 안구파열로 적출술이 불가피한 상해 10. 그 밖의 4급에 해당한다고 인정되는 상해

5급	500만원	1. 골반골의 중복골절(말가이그니씨 골절 등) 2. 족관절부의 내외과골절이 동반된 상해 3. 슬관절부의 내측 또는 외측부 인대파열 4. 족증골골절 5. 상박골간부골절 6. 요골원위부골절 7. 척골근위부골절 8. 다발성늑골(갈비뼈)골절로 혈흉 또는 기흉이 동반된 상해 9. 족배부근건(힘줄)파열창 10. 수장부근건(힘줄)파열창 11. 아키레스건(힘줄)파열 12. 2도 화상 등의 연부조직손상이 체표의 약 9% 이상인 상해 13. 23치 이상의 치아보철을 요하는 상해 14. 그 밖의 5급에 해당된다고 인정되는 상해
6급	400만원	1. 소아의 하지장관골간부골절 2. 대퇴골 대전자부절편골절 3. 대퇴골 소전자부절편골절 4. 다발성 중족골골절 5. 치골·좌골·장골의 단일골절 6. 단순슬개골 골절 7. 요골간부골절(원위부골절을 제외한다) 8. 척골간부골절(근위부골절을 제외한다) 9. 척골주두골절 10. 다발성 중수골골절 11. 두개골골절로 신경학적 증상이 경한 상해 12. 외상성지주막하 출혈 13. 뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14. 19치 이상 22치 이하의 치아보철을 요하는 상해 15. 그 밖의 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	250만원	1. 소아의 상지장관골간부골절 2. 족관절 내과골 또는 외과골골절 3. 상박골상과 부굴곡골절 4. 고관절탈구 5. 견갑관절탈구 6. 견봉쇄골간관절탈구 7. 족관절탈구 8. 2도 화상 등 연부조직손상이 체표의 약 4.5% 이상인 상해 9. 16치 이상 18치 이하의 치아보철을 요하는 상해 10. 그 밖의 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	180만원	1. 상박골상과 부신전골절 2. 쇄골골절 3. 주관절탈구 4. 견갑골(어깨뼈)골절 5. 주관절내상박골소두골절 6. 비골(腓骨, 종아리뼈)간부골절 7. 족지골의 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 다발성 늑골(갈비뼈)골절 9. 뇌좌상으로 신경학적 증상이 경한 상해 10. 상악골(위턱뼈)골절 또는 하악골(아래턱뼈)골절 11. 13치 이상 15치 이하의 치아보철을 요하는 상해 12. 그 밖의 8급에 해당한다고 인정되는 상해

9급	140만원	1. 척추의 극상돌기 또는 횡돌기골절 2. 요골골두골골절 3. 완관절내 월상골전방탈구 등 수근골탈구 4. 수지골의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 중수골골절 6. 수근골골절 (주상골을 제외한다) 7. 족근골골절 (거골, 중골을 제외한다) 8. 중족골골절 9. 족관절부염좌 10. 늑골(갈비뼈)골절 11. 척추체간 관절부염좌와 주위연부조직(인대, 근육 등) 손상이 동반된 상해 12. 완관절 탈구 13. 11치 이상 12치 이하의 치아보철을 요하는 상해 14. 그 밖의 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	120만원	1. 외상성슬관절내혈종 2. 중수골지골간관절탈구 3. 수근골중수골간관절탈구 4. 완관절부염좌 5. 제불완절골절(비골(鼻骨, 코뼈)골절·수지골골절 및 족지골골절을 제외한다) 6. 9치 이상 10치 이하의 치아 보철을 요하는 상해 7. 그 밖의 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	100만원	1. 족지골관절탈구 및 염좌 2. 수지관절탈구 및 염좌 3. 비골(鼻骨, 코뼈) 골절 4. 수지골 골절 5. 족지골 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치아보철을 요하는 상해 9. 그 밖의 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	60만원	1. 8일 내지 14일간의 입원을 요하는 상해 2. 15일 내지 26일간의 통원을 요하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치아보철을 요하는 상해
13급	40만원	1. 4일 내지 7일간의 입원을 요하는 상해 2. 8일 내지 14일간의 통원을 요하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치아보철을 요하는 상해
14급	20만원	1. 3일 이하의 입원을 요하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 요하는 상해 3. 1치 이하의 치아보철을 요하는 상해

※ 비고

1. 2급 내지 11급까지의 상병명중 개방성 골절은 해당 등급보다 한급 높이 보상한다.
2. 2급 내지 11급까지의 상병명중 단순성 선상골절로 골편의 전위가 없는 골절의 경우에는 해당 등급보다 한급 낮게 보상한다.
3. 2급 내지 11급까지의 상병명중 2가지 이상의 상해가 중복된 때에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예 : 2급이 주종일 때에는 5급까지 사이) 사이의 상해가 중복된 때에 한하여 한급 높이 보상한다.
4. 일반외상과 치아보철을 요하는 상해가 중복되었을 때에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위 안에서 각 상해급별에 해당하는 금액의 합계액을 배상한다.

【별표34】 신체손해배상책임 후유장해등급별 지급보험금표

상해급별	보상금액	상 해 부 위
1급	8,000만원	1. 두 눈이 실명된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 4. 흉복부장기에 뚜렷한 장해가 남아 항상 보호를 받아야 하는 사람 5. 반신마비가 된 사람 6. 두 팔을 팔꿈치관절 이상에서 잃은 사람 7. 두 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 8. 두 다리를 무릎관절 이상에서 잃은 사람 9. 두 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람
2급	7,200만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 3. 두 팔을 손목관절 이상에서 잃은 사람 4. 두 다리를 발목관절 이상에서 잃은 사람 5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야 하는 사람 6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 수시로 보호를 받아야하는 사람
3급	6,400만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4급	5,600만원	1. 두 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 전부의 결손이나 그외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 4. 한 팔을 팔꿈치관절 이상에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절 이상에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족관절 이상에서 잃은 사람
5급	4,800만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절 이상에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절 이상에서 잃은 사람 4. 한 팔을 완전히 사용하지 못하게 된 사람 5. 한 다리를 완전히 사용하지 못하게 된 사람 6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람

상해급별	보상금액	상 해 부 위
6급	4,000만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 3. 고막의 대부분의 결손이나 그외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 2개 관절이 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 2개 관절이 못쓰게 된 사람 8. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람
7급	3,200만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 3. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발을 족근중족관절 이상에서 잃은 사람 9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 11. 두 발의 발가락이 모두 못쓰게 된 사람 12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 여자 13. 양쪽의 고환을 잃은 사람
8급	2,400만원	1. 한 눈의 시력이 0.02 이하로 된 사람 2. 척추에 운동장해가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개 이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 5. 한 다리가 5센티미터 이상 짧아진 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 팔에 가관절이 남은 사람 9. 한 다리에 가관절이 남은 사람 10. 한 발의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한 쪽의 신장을 잃은 사람
9급	1,800만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.6 이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06 이하로 된 사람 3. 두 눈에 반맹증·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람

상해급별	보상금액	상 해 부 위
		5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한 귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 잃은 사람 11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 잃은 사람 13. 한 발의 발가락이 모두 제대로 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
10급	1,500만원	1. 한 눈의 시력이 0.1 이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 3. 14치 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 4. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아듣지 못하는 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣는데 지장이 있는 사람 6. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 다리가 3센티미터 이상 짧아진 사람 9. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 잃은 사람 10. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 11. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람
11급	1,200만원	1. 두 눈이 모두 근접반사 기능에 뚜렷한 장해가 남거나 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 4. 한 귀의 청력이 40센티미터 이상의 거리에서는 보통 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람 5. 척추에 기형이 남은 사람 6. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락 외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개 이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 흉복부장기의 기능에 장해가 남은 사람 10. 10치 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 11. 두 귀의 청력이 모두 1미터 이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람

상해급별	보상금액	상 해 부 위
12급	1,000만원	1. 한 눈의 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 있거나 뚜렷한 운동 장해가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3. 7치 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람 5. 쇄골·흉골(복장뼈)·늑골(갈비뼈)·견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람 6. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 7. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장해가 남은 사람 8. 장관골에 기형이 남은 사람 9. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데 발가락 이하의 3개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 12. 국부에 완연한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 남자 14. 외모에 흉터가 남은 여자
13급	800만원	1. 한 눈의 시력이 0.6 이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5치 이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람 6. 한 손의 엄지손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 둘째손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 8. 한 손의 둘째손가락의 끝관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람 9. 한 다리가 1센티미터 이상 짧아진 사람 10. 한 발의 가운데 발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데 발가락 이하의 3개의 발가락이 못쓰게 된 사람
14급	500만원	1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3치 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락 외의 손가락의 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 가운데 발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게된 사람 9. 국부에 신경증상이 남은 사람 10. 외모에 흉터가 남은 남자 11. 한 귀의 청력이 1미터 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람

※ 비고

1. 신체장해가 2이상 있을 경우에는 중한 신체장해에 해당하는 장해등급보다 한급 높이 배상한다.
2. 시력의 측정은 국제식 시력표에 의하며, 굴절 이상이 있는 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
3. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1관절 이상을 잃은 경우를 말한다.
4. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나, 중수지관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
5. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
6. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상을, 기타의 발가락에 있어서는 끝관절 이상을 잃은 경우 또는 중족지관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동장해가 남은 경우를 말한다.
7. 흉터가 남은 것이란 성형수술을 하였어도 육안으로 식별이 가능한 흔적이 있는 상태를 말한다.
8. 항상 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨 등을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.
9. 수시로 보호를 받아야 하는 것은 일상생활에서 기본적인 음식섭취, 배뇨 등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.
10. 항상 보호 또는 수시보호의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실 기간을 기준으로 하여 타당한 기간으로 한다.
11. 제대로 못쓰게 된 것이란 정상기능의 4분의 3 이상을 상실한 경우를 말하고, 뚜렷한 장해가 남는 것이란 정상기능의 2분의 1 이상을 상실한 경우를 말하며, 장해가 남은 것이란 정상기능의 4분의 1 이상을 상실한 경우를 말한다.

【별표35】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표

약관에서 규정하는 출생전후기에 발생한 주요병태로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아	P00~P04
2. 임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애	P05~P08
3. 출산외상	P10~P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애	P20~P29
5. 출생전후기에 특이한 감염	P35~P39
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애	P50~P61
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애	P70~P74
8. 태아 및 신생아의 소화계통 장애	P75~P78
9. 태아 및 신생아의 표피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80~P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90~P96

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표36】 장해 출산의 대상

장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보상하지 아니합니다.

1. 순환기계 기형

1) 심실중격결손증 : 좌우 심실의 사이에 작은 구멍이 있어 심장이 수축할 때 압력이 높은 좌심실로부터 압력이 낮은 우심실로 혈액이 역류하는 경우
2) 심방중격결손증 : 좌우의 심방사이에 구멍이 있는 경우

2. 근골격계 기형

1) 다지증 : 지(指, 趾)가 6개 이상 있는 경우
2) 합지증 : 지(指, 趾)가 붙어 있는 경우
3) 결지증 : 지(指, 趾)가 부족한 경우
4) 열수(족) : 합지(趾)증이 심화되어 지(趾)가 붙어 있어야 할 곳보다 안쪽까지 찢어져 있는 경우
5) 내반수(족) 手(足)가 전체로서 안쪽으로 휘어져 手(足)의 뒤쪽이 안쪽의 방향으로 향하여 있는 경우
6) 사경 : 목 한쪽이 휘어져 턱이 반대쪽에 올라간 상태의 경우

3. 소화기계 기형

1) 토순 : 윗입술이 찢어진 경우(중앙이 찢겨있는 경우, 혹은 우 또는 좌로 치우쳐진 곳에 찢겨져 있는 경우)
2) 구개열 : 토순보다도 더욱 심한 것으로 입안 구개골에 파열이 생기는 경우
3) 선천성식도폐색증 : 식도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우
4) 선천성장폐색증 : 장이 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우
5) 선천성담도폐색증 : 담도가 폐쇄 또는 협착상태에 있는 경우(본 증상을 가지고 있는 경우에는 십이지장에 담즙이 분비되지 않음)
6) 선천성항문폐색증 : 항문이 폐쇄되어 있는 경우

4. 뇌신경계 기형

1) 수두증 : 뇌척수액의 증가로 뇌실비대에 의해 머리가 커진 경우
2) 척추파열 : 척추중앙에 깨진 선이 있어 그것으로부터 척수나 척수막 등이 바깥으로 부풀어져 나온 경우

5. 비뇨생식기계 기형

1) 요도상열 : 단순히 귀두 뒷면에 찢어진 선이 있는 경우나 때로는 음순하면전장에 열구가 있는 경우
2) 요도하열 : 요도가 음 선단에 미치지 못하고 음 하면에 개구가 있는 경우, 개구가 열상을 가지고 있는 경우
3) 선천성요도폐색증 : 요도가 폐쇄되어 있거나 협착상태에 있는 경우
4) 반음양 : 남성이면서 외음부가 여성처럼 보이는 경우, 여성이면서 남성처럼 보이는 경우

6. 감각기계 기형

외이도폐쇄 : 외이도가 태어나면서 폐쇄한 상태에 있는 경우

7. 훼닐키톤뇨증(Phenylketonuria)

【별표37】 심한 장해 출산의 대상

심한장해의 대상이 되는 기형은 다음과 같으며 아래 이외의 기형은 보상하지 아니합니다.

1. 중증기형

1) 심한 포코멜리아(단지증, Phocomelia) : 사지의 장골에 결손 또는 단축이 있어 수족이 직접 또는 단축한 장골을 가지고 체구에 부착하고 있는 상태의 경우
2) 무지증 : 사지가 완전하게 결손한 경우
3) 절단증 : 태아일 때 사지가 양막에 말려있는 상태로 있어서 사지가 절단된 경우

2. 뇌성마비

뇌성마비란 1)임신중의 장해, 2)출생시의 장해, 3)출생후 영아기의 장해등에 의해 뇌조직에 이상을 초래하여 수족이나 발성이 자유롭지 않게 되는 병. 뇌성마비의 원인으로 1)임신중의 장해, 2)출생시의 장해에 의한 것 이외에 교통사고에 의한 외상성 장해 등이 있으나 본 보험에서 담보하는 것은 임신중 또는 출산시의 장해에 인한 뇌성마비에 한한다.

3. 다운증후군의 염색체이상의 기형

【별표38】 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표

약관에서 규정하는 여성산과(임신,출산 및 산후)관련 특정질병으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
Ⅰ. 유산된 임신	
자궁외 임신	O00
포상기태	O01
기타 이상 임신부산물	O02
자연유산	O03
의학적 유산	O04
기타 유산	O05
상세불명의 유산	O06
시도된 유산의 실패	O07
유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증	O08
Ⅱ. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	
임신, 출산 및 산후에 합병된 선재성 고혈압	O10
부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압 장애	O11
고혈압을 동반하지 않은 임신성(임신유도성)부종 및 단백뇨	O12
의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성(임신유도성)고혈압	O13
의미있는 단백뇨를 동반한 임신성(임신유도성)고혈압	O14
자간증	O15
상세불명의 모성 고혈압	O16
Ⅲ. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애	
초기 임신중 출혈	O20
임신중 과다 구토	O21
임신중 정맥 합병증	O22
임신중 비뇨생식기의 감염	O23
임신중 당뇨병	O24
임신중 영양실조	O25
주로 임신과 관련된 기타 병태의 산모관리	O26
산모의 산전 선별검사의 이상 소견	O28
임신중 마취의 합병증	O29
Ⅳ. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	
다태임신	O30
다태임신에 특이한 합병증	O31
태아의 알려진 또는 의심되는 태위장애의 산모관리	O32
알려진 또는 의심되는 불균형의 산모관리	O33
골반 기관의 알려진 또는 의심되는 이상의 산모관리	O34
알려진 또는 의심되는 태아이상 및 손상의 산모관리	O35
기타 알려진 또는 의심되는 태아문제의 산모관리	O36
양수과다증	O40
양수 및 양막의 기타장애	O41
양막의 조기파열	O42
태반장애	O43
전치 태반	O44
태반의 조기분리 (태반조기박리)	O45
달리 분류되지 않은 분만전 출혈	O46
가진통	O47
지연임신	O48
Ⅴ. 진통 및 분만의 합병증	
조기분만	O60

유도분만의 실패	O61
분만력의 이상	O62
지연 산통	O63
태아의 위치이상으로 인한 난산	O64
모성 골반이상으로 인한 난산	O65
기타 난산	O66
달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	O67
태아 스트레스(곤란)가 합병된 진통 및 분만	O68
탯줄 합병증이 합병된 진통 및 분만	O69
분만중 회음부 열상	O70
기타 산과적 외상	O71
분만 후 출혈	O72
출혈이 없는 잔류 태반 및 양막	O73
진통 및 분만중 마취제 합병증	O74
달리 분류되지 않은 진통 및 분만의 기타 합병증	O75
Ⅵ. 분만	
단일 자연분만	O80
집게(겸자) 및 진공 흡착기에 의한 단일 분만	O81
제왕절개에 의한 단일분만	O82
기타 보조 단일 분만	O83
다태 분만	O84
Ⅶ. 주로 산후기에 관련된 합병증	
산후기 패혈증	O85
기타 산후기 감염	O86
산후기중 정맥성 합병증	O87
산과적 색전증	O88
산후기중 마취제의 합병증	O89
달리 분류되지 않은 산후기의 합병증	O90
출산과 관련된 유방의 감염	O91
출산과 관련된 유방 및 수유의 기타장애	O92

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표39】 임신 및 출산 관련 질환 분류표

약관에서 규정하는 임신 및 출산 관련 질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
Ⅰ. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	
임신, 출산 및 산후에 합병된 선재성 고혈압	O10
부가된 단백뇨를 동반한 선재성 고혈압 장애	O11
고혈압을 동반하지 않은 임신성(임신유도성)부종 및 단백뇨	O12
의미있는 단백뇨를 동반하지 않은 임신성(임신유도성)고혈압	O13
의미있는 단백뇨를 동반한 임신성(임신유도성)고혈압	O14
자간증	O15
상세불명의 모성 고혈압	O16
Ⅱ. 주로 임신과 관련된 기타 모성 장애	
초기 임신중 출혈	O20
임신중 과다 구토	O21
임신중 정맥 합병증	O22
임신중 비뇨생식기의 감염	O23
임신중 당뇨병	O24
임신중 영양실조	O25
주로 임신과 관련된 기타 병태의 산모관리	O26
산모의 산전 선별검사의 이상 소견	O28
임신중 마취의 합병증	O29
Ⅲ. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제와 관련된 산모관리	
다태임신	O30
다태임신에 특이한 합병증	O31
태아의 알려진 또는 의심되는 태위장애의 산모관리	O32
알려진 또는 의심되는 불균형의 산모관리	O33
골반 기관의 알려진 또는 의심되는 이상의 산모관리	O34
알려진 또는 의심되는 태아이상 및 손상의 산모관리	O35
기타 알려진 또는 의심되는 태아문제의 산모관리	O36
양수과다증	O40
양수 및 양막의 기타장애	O41
양막의 조기파열	O42
태반장애	O43
전치 태반	O44
태반의 조기분리 (태반조기박리)	O45
달리 분류되지 않은 분만전 출혈	O46
가진통	O47
지연임신	O48
Ⅳ. 진통 및 분만의 합병증	
조기분만	O60
유도분만의 실패	O61
분만력의 이상	O62
지연 산통	O63
태아의 위치이상으로 인한 난산	O64
모성 골반이상으로 인한 난산	O65

기타 난산	O66
달리 분류되지 않은 분만중 출혈이 합병된 진통 및 분만	O67
태아 스트레스(곤란)가 합병된 진통 및 분만	O68
탯줄 합병증이 합병된 진통 및 분만	O69
분만중 회음부 열상	O70
기타 산과적 외상	O71
분만 후 출혈	O72
출혈이 없는 잔류 태반 및 양막	O73
진통 및 분만중 마취제 합병증	O74
달리 분류되지 않은 진통 및 분만의 기타 합병증	O75
V. 주로 산후기에 관련된 합병증	
산후기 패혈증	O85
기타 산후기 감염	O86
산후기중 정맥성 합병증	O87
산과적 색전증	O88
산후기중 마취제의 합병증	O89
달리 분류되지 않은 산후기의 합병증	O90
출산과 관련된 유방의 감염	O91
출산과 관련된 유방 및 수유의 기타장애	O92

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표40】 유산 관련 질환 분류표

약관에서 규정하는 유산 관련 질환으로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분 류 번 호
자궁외 임신	O00
포상기태	O01
기타 비정상적 수태부산물	O02
자연유산	O03
의학적 유산	O04
기타 유산	O05
상세불명의 유산	O06
시도된 유산의 실패	O07
유산, 자궁외 임신 및 기타 임신에 따른 합병증	O08

제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기분류표에 변경사항이 발생하는 경우에는 변경된 분류표에 따라 보상합니다.

【별표41】 질병특정고도장해 판정기준

질병 특정고도장해는 다음에 적은 장해상태를 말합니다. 각 장해상태의 세부 판정기준, 판정시기, 장해진단전문의 및 장해진단기관의 기준에 관하여는 보건복지부의 「장애등급판정기준」을 따릅니다.

1. 팔·다리의 절단장해
   (1) 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
   (2) 한 팔을 팔꿈치관절 이상 부위에서 잃은 경우
   (3) 두 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

2. 팔·다리의 기능장해
   (1) 두 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
   (2) 두 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
   (3) 한 팔을 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
   (4) 한 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
   (5) 두 팔을 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
   (6) 두 팔 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
   (7) 두 팔의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우
   (8) 두 다리를 마비로 각각 겨우 움직일 수 있는 경우
   (9) 두 다리 각각의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
   (10) 두 다리의 모든 3대관절의 운동범위가 각각 50%이상 감소된 경우
   ※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증등으로 운동기능 장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
   ※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
   ※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
   ※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

3. 척추의 기능장해
   (1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분이상 유지하기 어려운 경우
   ※ 척추의 기능장해는 척추부 단순 X-선 촬영 또는 CT나 MRI에 의한 객관적인 검사소견(척추의 유합 및 금속물의 삽입 등)과 완전강직(척추가 한 위치에서 완전히 고정)이 있어야 하며, 디스크 등 통증이 주된 증상인 경우 및 척추의 완전강직이 통증에 의한 경우에는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장해
   (1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 50m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 매우 어려운 경우 또는 손잡이를 잡고도 계단 오르내리기가 겨우 가능한 경우
   (2) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리 등을 어느 정도 할 수 있으나, 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일 또는 선반에 물건을 올리는 일 등은 거의 할 수 없는 경우
   (3) 아래 7.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

5. 시각장해
   (1) 좋은 눈의 시력이 0.04이하인 경우
   ※ 시력은 안경, 콘텍트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준을 합니다.

※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

6. 청각장해
(1) 두 귀의 청력 손실이 각각 90데시벨 이상인 경우
※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

7. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 아래의 장해중 2가지 이상에 해당되는 경우
(단, 뇌병변 장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)
(1) 팔·다리의 절단장해
① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 다른 모든 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
③ 두 다리를 쇼파관절 이상 부위에서 잃은 경우
④ 한 다리를 무릎관절 이상 부위에서 잃은 경우
(2) 팔·다리의 기능장해
① 한 손의 모든 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
② 한 손의 모든 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
③ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 각각 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
④ 두 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑤ 한 팔을 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
⑥ 한 팔의 3대관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑦ 한 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑧ 두 팔을 마비로 기능적이지는 않지만 어느 정도 움직일 수 있는 경우
⑨ 두 팔 각각의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑩ 두 팔의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 25%이상 50%미만 감소된 경우
⑪ 한 다리를 완전마비로 전혀 움직일 수 없는 경우
⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해
① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 100m이상 보행이 어려운 경우, 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걷는 것이 어려운 경우 또는 계단을 오르내리기가 매우 어려운 경우
② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 식사, 세면 및 양치질, 용변처리를 하는데 다소의 어려움은 있으며, 목욕, 물이 들어 있는 컵을 손으로 흘리지 아니하고 옮기는 일, 선반에 물건을 올리는 일 등이 매우 어려운 경우
③ 아래 8.의 (3)뇌병변장해의 ①과 ②에 동시에 해당되는 경우

(4) 시각장해
① 좋은 눈의 시력이 0.08이하인 경우
② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 5도 이하로 남은 경우
※ 시력은 안경, 콘텍트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로

합니다.
※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의한 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해
① 두 귀의 청력 손실이 각각 80데시벨 이상인 경우
② 양측 평형기능의 소실이 있으며 두 눈을 감고 일어서기가 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지고 일상에서 자신을 돌보는 일 외에는 타인의 도움이 필요한 경우
※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해
① 발성이 불가능하거나 특수한 방법(식도발성, 인공후두기)으로 간단한 대화가 가능한 음성장해
② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬
③ 자음정확도가 30%미만인 조음장해
④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
※ 말더듬, 조음 및 언어장해는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 위 7.의 장해 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장해중 1가지 이상에 해당되는 경우
(단, 뇌병변 장해가 팔·다리의 절단장해 또는 팔·다리의 기능장해와 동반된 경우에는 하나의 장해로 봅니다.)

(1) 팔·다리의 절단장해
① 두 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃은 경우
② 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 둘째손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
③ 한 손의 엄지손가락을 지관절 이상 부위에서 잃고 2개의 손가락을 근위지관절 이상 부위에서 잃은 경우
④ 두 다리를 리스프랑관절 이상 부위에서 잃은 경우
⑤ 한 다리를 발목관절 이상 부위에서 잃은 경우

(2) 팔·다리의 기능장해
① 두 손의 엄지손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직이지 못하는 경우
② 두 손의 엄지손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
③ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
④ 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑤ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개의 손가락을 완전마비로 각각 전혀 움직일 수 없는 경우
⑥ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 3개 손가락의 관절총운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑦ 한 손의 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 마비로 각각 기능적이지는 않지만 어느정도 움직일 수 있는 경우
⑧ 한 손의 엄지손가락 또는 둘째손가락을 포함하여 4개 손가락의 관절총운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑨ 한 팔의 어깨관절, 팔꿈치관절 또는 손목관절 중 한 관절의 운동범위가 75%이상 감소한 경우

⑩ 한 다리를 마비로 겨우 움직일 수 있는 경우
⑪ 한 다리의 3대 관절 중 2개의 운동범위가 각각 75%이상 감소된 경우
⑫ 한 다리의 모든 3대 관절의 운동범위가 각각 50%이상 75%미만 감소된 경우
⑬ 한 다리의 고관절 또는 무릎관절이 완전강직 되었거나 운동범위가 90%이상 감소된 경우
※ 마비에 의한 팔·다리의 기능장해는 주로 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장해가 있는 경우로서 감각손실은 포함하지 아니합니다.
※ 관절총운동범위란 해당 관절들의 평균 운동범위를 말합니다.
※ 팔의 3대관절은 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목관절을 말합니다.
※ 다리의 3대관절은 고관절, 무릎관절, 발목관절을 말합니다.

(3) 뇌병변장해
① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 평지에서 근거리 보행만이 가능하고 고르지 못한 바닥이나 언덕길에서 파행이 뚜렷하고 안전성이 없어 넘어지기가 쉬우며 계단 오르내리기가 어려운 경우
② 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 메는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 아래 ⓐ와 ⓑ에 동시에 해당되는 경우
ⓐ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기기 쉬운 경우
ⓑ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 메는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 상당히 어려움이 있는 경우

(4) 시각장해
① 좋은 눈의 시력이 0.1이하인 경우
② 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 경우
※ 시력은 안경, 콘텍트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 합니다.
※ 시력은 만국식시력표 등 공인된 시력표에 의해 측정된 것을 사용할 수 있습니다.

(5) 청각장해
① 두 귀의 청력 손실이 각각 70데시벨 이상인 경우
② 두 귀에 들리는 보통 말소리의 최대의 명료도가 50%이하인 경우
③ 양측 평형기능의 소실이나 감소가 있으며 두 눈을 뜨고 10미터 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하고 일상에서 자신을 돌보는 일과 간단한 보행이나 활동만 가능한 경우
※ 평형기능 이상의 판정은 전정기관 이상의 객관적 징후가 반드시 확인되어야 합니다.

(6) 언어장해
① 발성(음도, 강도, 음질)이 부분적으로 가능한 음성장해
② 말의 흐름이 방해받는 말더듬(아동 41~96%, 성인 24~96%)
③ 자음정확도가 30~75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장해
④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25~65인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25~65인 경우로서 정신지체장해 또는 발달장해(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우
※ 말더듬, 조음 및 언어장해는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

【별표42】 특정부위·질병 분류표

가. 특정부위

특 정 부 위
1. 위, 십이지장 또는 공장
2. 맹장(충수돌기 포함) 또는 회장
3. 직장 또는 항문
4. 간장, 담낭 또는 담관
5. 췌장
6. 기관, 기관지, 폐, 흉막 또는 흉곽
7. 코(외비, 비강 또는 부비강 포함)
8. 인두 또는 후두
9. 구강, 치아, 혀, 악하선, 이하선(귀밑샘) 또는 설하선
10. 귀(외이, 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기 포함)
11. 안구 또는 안구부속기(안검, 결막, 누기, 안근 또는 안와내 조직 포함)
12. 신장
13. 요관, 방광 또는 요도
14. 전립선
15. 유방(유선 포함)
16. 자궁(이상분만의 경우 포함)
17. 난소 또는 난관
18. 고환(고환초막 포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19. 갑상선
20. 경추부(해당신경 포함)
21. 흉추부(해당신경 포함)
22. 요추부(해당신경 포함)
23. 선골부 또는 미골부(해당신경 포함)
24. 좌견관절부
25. 우견관절부
26. 좌고관절부
27. 우고관절부
28. 좌상지(좌견관절부 제외)
29. 우상지(우견관절부 제외)
30. 좌하지(좌고관절부 제외)
31. 우하지(우고관절부 제외)
32. 자궁체부(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
33. 서혜부(서혜 헤르니아, 음낭 헤르니아 또는 대퇴 헤르니아가 생긴 경우에 한함)
34. 식도
35. 대장(맹장 및 직장 제외)
36. 피부(두피 및 입술 포함)
37. 수골(手骨)
38. 족골(足骨)
39. 상악골(위턱뼈)·하악골(아래턱뼈)

나. 특정질병

병 명	세부내용	분류번호
1. 담석증	담석증	K80
2. 요로결석증	콩팥(신장) 및 요관의 결석 하부요로의 결석 상세불명의 신성상통	N20 N21 N23
3. 골관절증 및 류마토이드 관절염	혈청검사 양성인 류마토이드 관절염 기타 류마토이드 관절염 연소자성 관절염 다발성 관절증 고관절증 무릎관절증 제1수근중수 관절의 관절증 기타 관절증	M05 M06 M08 M15 M16 M17 M18 M19
4. 척추질환	척추후만증 및 척추전만증 척추측만증 척추증 목뼈원판장애 기타추간판장애 배통	M40 M41 M47 M50 M51 M54
5. 심장질환	심장 침습이 없는 류마티스열 심장 침습이 있는 류마티스열 류마티스 무도병 류마티스 승모판 질환 류마티스 대동맥판 질환 류마티스 삼첨판막(심장우측심방과심실사이의판막) 질환 다발성 판막 질환 기타 류마티스 심장 질환 협심증 급성 심근경색증 속발성 심근경색증 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증 기타 급성 허혈성 심장 질환 만성 허혈성 심장병 폐색전증 기타 폐성 심장 질환 기타 폐혈관의 질환 급성 심장막염 기타 심장막의 질환 달리 분류된 질환에서의 심장막염 급성 및 아급성 심내막염 비류마티스 승모판 장애 비류마티스 대동맥판 장애 비류마티스 삼첨판막(심장우측심방과심실사이의판막) 장애 폐동맥판 장애 상세불명 판막의 심내막염 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애 급성 심근염	I00 I01 I02 I05 I06 I07 I08 I09 I20 I21 I22 I23 I24 I25 I26 I27 I28 I30 I31 I32 I33 I34 I35 I36 I37 I38 I39 I40

병 명	세부내용	분류번호
5. 심장질환	달리 분류된 질환에서의 심근염 심장근육병증 달리 분류된 질환에서의 심장근육병증 심방실 차단 및 좌각 차단 기타 전도 장애 심장정지 발작성 빠른맥 심방 잔떨림 및 된떨림 기타 심장성 부정맥 심장기능상실(심부전) 심장병의 불명확한 기록 및 합병증 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I41 I42 I43 I44 I45 I46 I47 I48 I49 I50 I51 I52
6. 뇌혈관질환	거미막하출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두개내 출혈 뇌경색증 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착 기타 뇌혈관 질환 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애 뇌혈관 질환의 후유증 일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군 대뇌혈관 질환에서의 뇌혈관 증후군	I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68 I69 G45 G46
7. 고혈압	본태성(원발성) 고혈압 고혈압성 심장병 고혈압성 콩팥(신장)병 고혈압성 심장 및 신장질환 이차 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
8. 당뇨병	인슐린-의존 당뇨병 인슐린-비의존 당뇨병 영양실조관련 당뇨병 기타 명시된 당뇨병 상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
9. 결핵	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵 신경계통의 결핵 기타 장기의 결핵 좁쌀 결핵	A15 A16 A17 A18 A19
10. 자궁근종	자궁의 평활근종	D25
11. 자궁내막증	자궁내막증	N80
12. 난소낭종	난소의 양성신생물	D27