보통약관

보험계약의 체결

1. (보험계약의 성립)

① 보험계약(이하「계약」이라합니다)은 보험계약자의 청약과 우리회사 (이하「회사」라 합니다)의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료(일정기간 단위의 분할 보험료)를 받은 경우에 청약일로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지를 하며, 통지가 없으면 승낙한 것으로 봅니다. 또한 회사가 청약을 승낙한 때에는 지체없이 보험증권을 보험계약자에게 교부하며, 청약을 거절한 때에는 납입한 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 보험료 산출시에 적용되는 이율(이하「예정이율」이라 합니다.)+1%<연 9%>의 이율로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

③ 회사가 보험계약자로부터 계약의 청약과 함께 보험료 상당액의 전부 또는 일부를 받은 경우에 그 청약을 승낙하기 전에 계약에서 정한 보험사고가 생긴 때에는 그 청약을 거절할 사유가 없는 한 회사는 계약상의 책임을 집니다. 그러나 8.에 정한 책임의 시기가 개시하지 아니한 때에는 그러하지 아니합니다.

④ 이미 성립된 계약을 연장하거나 변경하는 경우에는 회사는 보험증권에 그 사실을 기재하거나 서면으로 알림으로써 보험증권의 교부에 갈음할 수 있습니다.

2. (약관의 구성)

① 이 약관은 정액보상형 및 의료보험가입자 입원치료실비형(이하 “실비보상형”이라 합니다. 이하 같습니다.) 으로 구성되어 있으며 실비보상형은 “의료보험법” 및 “공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법”의 피보험자 또는 피부양자 만이 가입할 수 있습니다.

② 위 ① 의 실비보상형의 피보험자가 “의료보험법” 및 “공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법”에서 정한 자격을 상실하였을 때 보험계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

③ 위 ① 의 실비보상형의 경우 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 “의료보험법” 및 “공

무원 및 사립학교 교직원 의료보험법”에서 정한 규정을 따릅니다.

3. (청약서부본 및 보험약관의 교부)

① 회사는 계약체결시까지 보험계약자에게 보험계약청약서(이하「청약서」라 합니다)부본 및 보험약관을 교부하고, 그 약관의 중요한 내용을 알려 드립니다.

② 회사가 위 ①을 위반한 때에는 보험계약자는 계약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

4. (과로·스트레스관련 특정질병의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “과로·스트레스관련 특정질병”이라 함은 암 및 상피내암과 “남성”의 경우에는 7대질병(심질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양)을 말하며, “여성”의 경우에는 여성특정질병(심질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 신장 및 방광질환)을 말합니다. (【별표 2】“과로·스트레스관련 특정질병 분류표” 참조)

① 위 ① 에서의 “암”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병을 말합니다. 다만 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 【별표 2】의 “가. 악성신생물분류표”의 분류번호 C44에 해당하는 질병으로 그 증상이 미미한 기저세포신생물 및 편평상피신생물(Basal cell carcinoma or squamous cell carinoma)은 상기분류에서 제외합니다.

② 위 ① 에서의 “상피내암”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표 2】의 “나. 상피내의 신생물분류표” 참조)을 말합니다.

③ 위 ① 에서의 “심질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성 류마티스열, 만성 류마티스성 심질환, 허혈성심질환, 폐성 심장질환 및 폐순환 질환, 기타형태의 심장질환으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표” 또는 “라. 여성특정질병분류표”중 심질환 참조)을 말합니다. 또한 “심질환”중 “급성심근경색증”이라 함은 제 3차 한국표준질병 사인분류의 허혈성 심장질환중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(분류번호 I21~I23)을 말합니다.

④ 위 1 에서의 “뇌혈관질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 대뇌혈관 질환으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표” 또는 “라. 여성특정질병분류표”중 뇌혈관질환 참조)을 말합니다. 또한 “뇌혈관질환”중 “뇌졸중”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류의 대뇌혈관질환중에서 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색(증), 대뇌경색(증)을 유발하지 않는 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(분류번호 I60~I63, I65~I66)을 말합니다.

⑤ 위 1 에서의 “간질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 바이러스간염, 간의 질환으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표”중 간질환 참조)을 말합니다.

⑥ 위 1 에서의 “고혈압”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 고혈압성질환으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표” 또는 “라. 여성특정질병분류표”중 고혈압 참조)을 말합니다.

⑦ 위 1 에서의 “당뇨병”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 당뇨병으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표” 또는 “라. 여성특정질병분류표”중 당뇨병 참조)을 말합니다.

⑧ 위 1 에서의 “만성 호흡기질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 단순성 및 점액농성 기관지염, 상세불명의 만성기관지염, 천식, 천식지속상태로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표”중 만성 호흡기질환 참조)을 말합니다.

⑨ 위 1 에서의 “위궤양 및 십이지장궤양”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 위궤양, 십이지장궤양, 상세불명 부위의 소화성 궤양으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “다. 7대질병분류표” 또는 “라. 여성특정질병분류표”중 위궤양 및 십이지장궤양 참조)을 말합니다.

⑩ 위 1 에서의 “신장 및 방광질환”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류에 있어서 사구체질환, 신세뇨관-간질성질환, 신부전, 요로결석증, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨기계의 기타질환으로 분류되는 질병(【별표 2】의 “라. 여성특정질병분류표”중 신장 및 방광질환 참조)을 말합니다.

2 암 또는 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는, 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암 또는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 암 또는 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암 또는 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
다만, 임상학적 진단후 조직 또는 혈액검사를 통해 임상학적 진단과 동일한 암 또는 상피내암진단이 확정될 경우에는 임상학적 진단일을 암 또는 상피내암의 진단 확정일로 봅니다.

3 뇌졸중 및 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, C.T, 내시경, 심전도, 혈액검사등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

4 위 1의 "과로·스트레스관련 특정질병" ① ~ ⑩중 2, 3을 제외한 질병의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

5. **(보상하는 손해)**

1 회사는 보험기간 중 8.의 1에서 정한 「책임개시일」 이후에 피보험자에게 아래의 보험사고가 발생하였을 때에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

① 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 암, 상피내암, 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 (단, 각각 1회의 진단확정에 한하여 지급) : **진단급여금**

② 정액보상형의 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 과로·스트레스관련 특정질병으로 진단이 확정되고 과로·스트레스관련 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원("병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다" 이하 같습니다)하여 6.에서 정한 의사의 치료를 받은 때 : **입원급여금**

③ 정액보상형의 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 과로·스트레스관련 특정질병으로 진단이 확정되고 과로·스트레스관련 특

정질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일이상 계속 입원하여 6.에서 정한 의사의 치료를 받은 때 : **장기간병자금**

④ 정액보상형의 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 과로·스트레스관련 특정질병으로 진단이 확정되고 과로·스트레스관련 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때 : **수술급여금**

⑤ 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 과로·스트레스관련 특정질병으로 진단이 확정되고 과로·스트레스관련 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일이상 계속하여 입원한 후 생존하여 퇴원하였을 때 : **요양급여금**

⑥ 실비보상형의 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 과로·스트레스관련 특정질병으로 진단이 확정되고 과로·스트레스관련 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 “의료보험법” 및 “공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법”에서 정하는 요양기관 (이하 “요양취급기관”이라 합니다. 이하 같습니다)에서 입원하여 치료를 받을 때 : **입원치료실비급여금**

2 위 1에도 불구하고 2종의 경우에는 1의 ① ~ ⑥의 보장내용중 암 및 상피내암에 대한 보장은 제외합니다.

3 위 ⑥에 의하여 피보험자가 보험금을 지급받은후 요양취급기관이나 의료보험조합으로부터 의료비의 환급 또는 추가 청구가 있을 경우에는 이를 회사에 알리고 회사의 조치를 따라야 합니다.

6. **(입원 및 수술의 정의와 장소)**

1 이 계약에 있어서 “입원” 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다)에 의하여 과로·스트레스관련 특정질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제 2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 과로·스트레스관련 특정질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 위 1에 정한 장소에서 의사의 관리하에 과로·스트레스관련 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

7. **(계약연령의 계산)**

① 피보험자의 계약연령은 계약일 현재 만 연령으로 계산하고 1년미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.

② 위 ①에 따라 계산된 계약연령이 계산착오로 피보험자의 실제연령과 차이가 있는 경우에 실제의 연령이 이 보험의 가입연령 범위내일 경우에는 실제연령에 의하여 계약된 것으로 보고, 이로 인해 보험료의 변경이 있을 때에는 변경에 따른 소정의 보험료를 받거나 돌려드립니다.

8. **(회사의 책임의 시기 및 종기)**

① 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며, 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다. 그러나 과로·스트레스관련 특정질병보장에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 「책임개시일」이라 합니다)에 시작하며, 마지막날에 끝납니다.

② 위 ①에도 불구하고 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 보험사고에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니합니다.

③ 위 ②의 보험료는 5. 의 손해를 보상하는데 필요한 보험료 (이하 「보장보험료」라 합니다.)와 회사가 적립한 금액을 돌려 주는데 필요한 보험료 (이하 「적립보험료」라 합니다.)로 구성됩니다.

9. **(보상하지 아니하는 손해)**

① 회사는 5. 에도 불구하고 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 사고는 보장하여 드리지 아니합니다.

① 보험계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두사람 이상일 때, 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

10. **(계약전 알릴 의무)**

계약을 맺을 때에 보험계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 보험계약청약서(질문서를 포함합니다. 이하 같습니다)의 기재사항에 관하여 아는 사실을 빠짐없이 그대로 회사에 알려야 합니다.

11. **(모집인 등의 청약서 임의기재행위의 효력)**

[1] 보험계약자 또는 피보험자는 청약서 작성시 반드시 기재사항을 사실대로 작성한 후 자필서명 또는 날인하여야 합니다.

[2] 위 [1]의 규정에도 불구하고 모집인 등이 청약서에 질문한 사항, 기타 계약내용에 포함될 중요사항을 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 다르게 기재함으로써 보험계약자, 피보험자(또는 보험수익자)에게 발생한 손해에 대하여는 회사가 책임을 집니다. 그러나 자필서명란의 필적 또는 날인이 보험계약자 또는 피보험자의 자필 또는 날인임이 명백한 때에는 그러하지 아니합니다.

[3] 계약체결 당시 보험계약자 또는 피보험자가 청약서에 자필서명 또는 날인하지 않은 경우 보험계약자는 계약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

12. **(청약의 철회 및 보험료 반환)**

[1] 가계성보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체요율이 적용되지 않는 계약을 말합니다. 이하 같습니다)에 한하여 보험계약자는 계약의 청약을 한 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

[2] 회사는 청약의 철회를 접수한 날(우편 철회의 경우 우편물이 회사에 도착한 날)로부터 3일 이내에 납입보험료 전액을 반환하며, 반환 기일을 경과한 때에는 이 보험의 예정이율 <연 8%>로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

13. **(대표자의 지정)**

1 보험계약자 또는 보험수익자가 2인이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 보험계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

2 위 1의 대표자가 지정되지 아니하였거나 지정된 보험계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우에 이 계약에 관하여 회사가 보험계약자 또는 보험수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 보험계약자 또는 보험수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

3 보험계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

보험계약을 맺은 후의 변경

14. **(계약후 알릴 의무)**

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 보험계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

① 피보험자에 대하여 이보험과 동일한 위험을 담보하는 다른 계약을 맺을 때

② 사망보험금 수익자를 지정 또는 변경할 때. 이 경우에는 피보험자의 동의서를 붙여야 합니다.

③ 피보험자의 연령을 정정할 때

2 회사는 위 1에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

3 회사는 위1의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 보험계약자가 그 지불을 태만히 했을 때, 회사는 연령 변경전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다.)과 연령 변경후에 적용해야할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다.)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다.

4 보험계약자 또는 피보험자가 연령 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경 후 요율이 변경전 요율보다 높을 때도 전항과 같습니다.

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

15. (보험계약의 무효)

계약을 맺을 때에 아래와 같은 사실이 있으면 이 계약은 무효로 합니다.

① 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약체결시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우

② 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 한 경우

③ 피보험자가 보험계약일로부터 과거 5년이내 또는 보험계약일로부터 과로·스트레스 관련 특정질병에 대한 책임개시일의 전일 이전에 암, 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단이 확정되어 있는 경우 (이 경우에는 보험계약자 및 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 묻지 아니합니다.)

16. (보험료의 납입방법)

1 보험료의 납입방법은 연납을 원칙으로 하되, 보험계약자의 편의에 따라 일시납, 6개월납, 3개월납 또는 월납으로 할 수 있습니다.

2 제2회부터의 보험료는 보험증권에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 납입기간중 앞으로 납입할 보험료에 대하여 보험계약자가 서면으로 보험료 납입방법, 수금방법 및 납입기간의 변경을 요구할 경우에는 회사는 그 방법을 변경하여 드립니다.

3 위 2의 경우 보험계약자는 회사가 발행한 영수증을 받아야 합니다. 다만, 금융기관(우체국을 포함합니다.)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융기관 발행 증빙서류를 영수증으로 갈음합니다.

④ 보험계약자는 보험료의 전부 또는 일부를 미리 낼 수 있으며, 3개월 이상의 보험료를 미리 낼 때에는 이 보험의 예정이율<연 8%>로 할인하여 드립니다. 그러나 계약이 보험기간중에 소멸 또는 변경되거나 보험료 납입이 면제되었을 경우에 선납보험료가 있으면 선납시에 할인한 이율로 계산한 금액을 돌려 드립니다.

17. **(보험료납입연체시 납입최고와 계약의 해지)**

① 계약자가 제2회이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하는 때에는 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입최고기간으로 하며, 회사는 ③에서 정한 바에 따라 최고하고 이 납입최고기간안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약을 해지합니다. 납입최고기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 보험료 수금방법이 회사의 방문수금 또는 계약자의 은행 수납방법으로 약정되어 있는 경우에 회사의 방문수금 불이행 또는 은행납입 통지서의 미교부로 인하여 계약자가 보험료를 납입하지 못한 경우에는 납입기일로부터 3개월이 되는 날까지를 납입최고기간으로 하여 위 ①을 적용합니다. 다만, 회사가 다시 수금하기로 하거나 은행납입 통지서를 다시 교부하기로 한 경우에는 그 수금 또는 재교부일로 부터 15일이 되는 날을 새로운 납입기일로 합니다.

③ 제2회이후의 보험료가 납입기일까지 납입되지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 계약자(타인을 위한 보험의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고기간안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약이 해지됨을 납입최고기간이 끝나기 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음)로 알려주어야 합니다.

18. **(해지계약의 부활)**

① 보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 보험계약자는 해지일로부터 2년 이내에는 부활을 청구한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 이 보험의 예정이율에 1%를 더한 이율<연 9%>로 계산한 이자)를 내고 계약의 부활을 청구할 수 있습니다.

② 계약 부활에 따른 회사의 책임은 회사의 승인이 있는 날 오후 4시부터 시작됩니다. 이 경우 8. 및 10.의 규정을 다시 적용합니다.

19. **(보험계약의 해지)**

1 보험계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약의 일부 또는 전부를 해지할 수 있습니다.

2 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 이 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 그 사실을 회사가 안 때로부터 1개월이상 지났거나 또는 책임개시일로부터 보험금지급사유가 발생하지 아니하고 2년이상 지났거나 모집인등이 보험계약자 또는 피보험자의 계약전 알릴의무사항을 임의로 기재한 경우(청약서에 보험계약자 또는 피보험자가 자필로 서명 또는 날인한 경우는 제외) 또는 회사의 중대한 과실로 알지 못한 때에는 해지할 수 없습니다.

① 보험계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의나 중대한 과실로 청약서의 기재사항에 관하여 사실 그대로를 알리지 아니하였을 때

② 14.의 1에 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

3 ① 회사는 보험사고 발생의 전후를 묻지 아니하고 위 2에 의한 계약의 해지를 할 수 있습니다.

② 위 2의 ①에 의한 계약의 해지가 보험사고발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 보험사고를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나, 계약전 알릴의무 위반사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 해당보험금을 드립니다.

③ 위 2의 ②에 의한 계약의 해지가 보험사고발생 후에 이루어진 경우 회사는 그 보험사고를 14.의 3에 따라 보상하여 드립니다.

④ 손해가 위 2의 ①, ②의 어느 하나의 사실로 생긴 것이 아님이 증명된 때에는 위 ②에 관계없이 보상하여 드립니다.

20. **(무효 또는 해지인 경우의 환급)**

1 계약이 회사의 책임있는 사유로 무효가 된 경우에는 납입보험료 전액과 경과기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 지급하여 드립니다.

2 위 1이외의 사유로 무효가 된 경우에는 회사는 이미 납입한 이 약관의 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 계약일로부터 과거 5년 이내에 해당 피보험자가 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 진단이 확정된 사실을 보험계약자 또는 피보험자가 알고 있는 경우에는 이미 납입한 이 약관의 보험료도 돌려드리지 아니합니다.

3 계약이 해지된 경우에는 회사는 해지환급금(【별표 1】“해지환급금 예시표” 참조)을 지급하여 드립니다. 단, 19.의 2에 의하여 계약이 해지된 경우에는 해지환급금과 이미 납입한 보험료중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

21. (계약취소권의 행사제한)

회사는 책임개시일로부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년이상 지났을 때에는 민법 제 110조(사기에 의한 의사표시)에 의한 취소권을 행사하지 아니합니다.
그러나, 보험계약자 또는 피보험자가 청약일 이전에 암 또는 에이즈의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 책임개시일로부터 5년이내(사기사실을 안 날로부터는 1월이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

22. (만기환급금의 지급)

회사는 보험계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝날 때까지 계약이 유효한 경우에는 적립순보험료 (적립영업보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다.)에 대하여 회사의 책임개시일로부터 보험료 납입경과기간까지 이 보험의 예정이율<8%>을 적용하여 적립된 금액을 만기환급금으로 지급하여 드립니다. 그러나 이 약관에 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

23. (환급금 등의 이자지급)

1 회사는 20.의 2, 3 및 22. 의 환급금 등을 지급하는 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날로부터 지급기일까지의 기간에 대하여 이 보험의 예정이율+0.5%<연 8.5%>로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

2 위 1의 환급금등은 청구일로부터 3일 이내에 지급하여 드리며, 회사의 책임있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 위 1에도 불구하고 청구일로부터 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

보험사고의 발생

24. (손해의 통지)

보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 보험금등의 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

25. (보험금등 청구시 구비서류)

1 보험계약자, 피보험자(또는 보험수익자)가 보험금, 급여금, 해지환급금 또는 보험료납입면제등을 청구할 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)

② 사고증명서(사망진단서, 과로·스트레스관련 특정질병 진단서·입원치료확인서·수술확인서· 퇴원확인서 등)

③ 그밖에 필요한 증거자료

2 병원 또는 의원에서 위 1의 ②의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3조(의료기관) 제 2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

보험사고의 보장내용

26. (진단급여금)

1 회사는 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 5.1.①의 진단이 확정시에는 아래의 금액을 진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	진단급여금	
	가입후 2년이내	가입후 2년초과
암, 뇌졸중, 급성심근경색증 진단시	750 만원	1,500 만원
상피내암 진단시	150 만원	300 만원

② 위 ①에도 불구하고 2종의 경우에는 암 및 상피내암은 보장이 되지 않습니다.

27. **(입원급여금)**

① 회사는 정액보상형의 피보험자가 5.①.②의 입원시에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	입원급여금
과로·스트레스관련 특정질병으로 4일이상 계속 입원시	3일초과 1일당 5만원

단, 상피내암은 위 금액의 20%를 지급하며, 남성의 경우에만 보상됩니다.

② 위 ① 에도 불구하고 2종의 경우에는 암 및 상피내암은 보장이 되지 않습니다.

③ 위 ① 의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

④ 위 ①의 경우 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 그러나, 과로·스트레스관련 특정질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

⑤ 위 ① 의 경우 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

28. (장기간병자금)

① 회사는 정액보상형의 피보험자가 5.①.③의 입원시에는 아래의 금액을 장기간병자금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

계속입원일수	장 기 간 병 자 금
31일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(31일) 해당일에 100만원 지급
121일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(121일) 해당일에 100만원 추가지급
181일째 계속 입원하고 있을 때	계속입원일수(181일) 해당일에 800만원 추가지급

단, 상피내암은 위 금액의 20%를 지급하며, 남성의 경우에만 보상됩니다.

② 위 ① 에도 불구하고 2종의 경우에는 암 및 상피내암은 보장이 되지 않습니다.

③ 위 ① 의 경우 피보험자가 과로·스트레스관련 특정질병에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위의 장기간병자금은 계속 보장하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 장기간병자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

⑤ 위 ①의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

29. (수술급여금)

① 회사는 정액보상형의 피보험자가 5.①.④의 수술시에는 아래의 금액을 수술급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	수술급여금
과로·스트레스관련 특정질병으로 수술시	수술 1회당 300 만원

단, 상피내암은 위 금액의 20%를 지급하며, 남성의 경우에만 보장됩니다.

2 위 1에도 불구하고 2종의 경우에는 암 및 상피내암은 보장이 되지 않습니다.

3 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술급여금만을 지급합니다

30. **(요양급여금)**

1 회사는 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 5.1.⑤의 생존퇴원시에는 아래의 금액을 요양급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	요 양 급 여 금
31일 ~ 120일 계속입원후 생존퇴원시	100만원 지급
121일 ~ 180일 계속입원후 생존퇴원시	200만원 지급
181일 이상 계속입원후 생존퇴원시	1,000만원 지급

단, 상피내암은 위 금액의 20%를 지급하며, 남성의 경우에만 보장됩니다.

2 위 1에도 불구하고 2종의 경우에는 암 및 상피내암은 보장이 되지 않습니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 요양급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

4 위 1의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

31. **(입원치료실비급여금)**

1 회사는 실비보상형의 피보험자가 5.1.⑥의 입원치료시에는 보험증권에 기재된 입원치료실비급여금액 한도내에서 평상업무를 수행할 수 있을 정도로 치료하는데 소요된 치료실비로서 의료보험 법정급여금 전액을 지급하여 드립니다. 그러나 어떠한 경우에도 입원일로부터 180일을 넘을 수 없습니다.

2 이 보험계약의 적용의료수가는 반드시 의료보험수가 이어야 합니다.

3 피보험자가 2. 2를 이행하지 아니하거나 "의료보험법" 및 "공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법" 에 정한 자격을 상실 또는 부득이한 사정으로 인하여 의료보험수가를 적용받지 못한 경우에는 발생입원치료비 총액의 50% 해당액을 보상하여 드립니다.

4 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 1의 비용을 초과했을 때 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 지급할 보험금을 결정합니다.

5 위 1에도 불구하고 2종의 경우에는 암 및 상피내암은 보장이 되지 않으며, 1종의 경우에도 상피내암은 남성의 경우에만 보장됩니다.

32. **(보험금의 지급)**

1 회사는 24.의 통지를 받은 후 지체없이 지급할 보험금 등을 결정하고, 지급할 보험금 등이 결정되면 3일 이내에 이를 지급하여 드립니다.

2 회사가 25.의 보험금등의 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 접수증을 교부한 날로부터 10일 이내에 보험금등을 지급하여 드립니다.

3 회사는 제2항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금등을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 약관대출이율로 계산한 이자를 보험금등에 더하여 드립니다. 그러나 보험계약자, 피보험자(또는 보험수익자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

33. **(보험금의 지급방법)**

1 보험계약자(보험금 지급사유 발생후에는 보험수익자)는 보험금 또는 환급금의 전부 또는 일부를 일시금으로 지급받거나 다음의 지급방법중 하나를 선택하여 지급받을 수 있습니다.

① 일정기간 정기적으로 동일한 금액으로 분할 지급
② 일정기간 정기적으로 동일한 금액으로 증액하여 지급하거나 동일한 비율로 증액하여 지급
③ 일정기간이 경과한 후 이자와 원금을 일시금으로 지급
④ 일정기간 정기적으로 이자만 지급한 후 원금은 일시금으로 지급

2 위 1의 경우 보험계약자의 요청에 의하여 보험금 또는 만기환급금의 지급방법을 변경한 경우에 회사는 그 미지급금액에 대하여 이 보험의 약관대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 지급합니다.

34. **(보험금청구권의 상실)**

보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 손해의 통지 또는 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조하거나 변조한 경우에는 피보험자 또는 보험수익자는 손해에 대한 보험금 청구권을 상실합니다.

35. **(계약의 소멸)**

1 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 사망할 경우에는 이 계약은 소멸됩니다.

2 피보험자의 생사가 분명하지 아니한 경우로서 실종선고(失踪宣告)가 있거나 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하는 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

3 위 1, 2에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 그때까지의 회사가 적립한 책임준비금과 22.에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액을 지급하여 드립니다.

36. **(보험료의 납입면제)**

① 보험료 납입기간중 피보험자가 8. ①에 정한 「책임개시일」 이후에 최초의 암, 뇌졸중, 급성심근경
증(2종은 암제외)으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다. 그러나, 피보험자가 상피내암으로 진단이 확정 되었을 때에는 보험료 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

② 보험료 납입기간중 피보험자가 급격하고 우연한 외래의 사고로 인하여 상해를 입고 【별표 5】에 정한 후유장해 지급율표상 80%이상에 해당하는 후유장해를 입었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

그 밖의 사항

37. **(보험계약자 대출)**

① 보험계약자는 보험증권을 회사에 제출하여 해지환급금의 범위 안에서 회사가 정한 바에 따라 대출을 받을 수 있습니다.

② 계약이 소멸되었을 경우에는 위 ①의 대출금이 있으면 상환기일에 관계없이 지급할 금액에서 그 원리금을 뺍니다.

38. **(청구권의 소멸시효)**

이 약관에 의한 보험금청구권과 해지환급금 및 만기환급금의 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 별도의 최고가 없더라도 그 효력이 소멸됩니다.

39. **(회사가 제작한 보험안내장 등의 효력)**

모집인등이 청약과정에서 사용한 보험안내장(보험계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 보험계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

40. **(다툼의 조정)**

이 계약의 내용 또는 보험금의 지급등에 관하여 회사와 보험계약자, 피보험자, 기타 이해관계인과의 사이에 다툼이 있는 경우에는 금융감독원에 설치된 금융분쟁조정위원회의 조정을 받을 수 있습니다.

41. **(계약내용의 교환)**

회사는 계약자의 동의를 받아 다음의 사항을 다른 회사에 제공할 수 있습니다.
① 보험계약자 ·피보험자 및 보험수익자의 성명, 주민등록번호 및 주소
② 계약일, 보험종목
③ 보험가입금액, 보험금과 각종 급부금의 금액 및 지급사유

42. **(예금보험기금에 의한 지급보장)**

회사가 파산등으로 인하여 보험금등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

43. **(관할법원)**

이 계약에 관한 소송은 보험계약자, 피보험자(또는 보험수익자)가 선택하는 대한민국내의 법원을 합의에 따른 관할법원으로 합니다.

44. **(준거법)**

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

특별약관

1. 사망담보 특별약관

1. **(보상하는 손해)**

우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간중에 사망하거나 아래의 장해상태(이하「제1급의 장해상태」라 합니다)가 되었을 경우에는 이 특별약관에 따라 사망보험금을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

① 두 눈의 시력을 완전 영구히 잃었을 때
② 씹거나 말하는 기능을 완전 영구히 잃었을 때
③ 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생 간호를 받아야 할 때
④ 흉·복부, 장기에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생 간호를 받아야 할 때
⑤ 두 팔의 손목 이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 된 때
⑥ 두 다리의 발목 이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 된 때
⑦ 한 팔의 손목이상을 잃고 한 다리의 발목이상을 잃었거나 완전 영구히 사용하지 못하게 된 때
⑧ 한 팔을 완전 영구히 사용하지 못하고 한다리의 발목이상을 잃었을 때

다만, 제1급의 장해상태가 확정되지 아니한 경우에는 진단확정일로부터 180일이 지난날 현재의 진단을 기준으로 합니다.

2. **(사망보험금)** ① 회사는 피보험자가 위 1.의 사망 또는 제1급의 장해상태가 되었을 때에는 아래의 금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	사망보험금	
	가입후 2년이내	가입후 2년초과
암, 뇌졸중, 급성심근경색증 사망	500 만원	1,000 만원
기타 사망	250 만원	500 만원

2 위 1의 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 사망보험금에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 「책임개시일」이라 합니다)에 시작하며, 마지막날에 끝납니다. 단, 보험계약일 이후에 피보험자가 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 진단이 확정되고 암, 뇌졸중, 급성심근경색증에 대한 책임개시일의 전일 이전에 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 인하여 사망 또는 제 1급의 장해상태가 되었을 경우에는 기타 사망보험금을 지급하여 드립니다.

3 위 1의 "기타 사망"은 아래의 경우를 말합니다.

① 위 2 이외의 질병으로 사망한 경우

② 대한민국내 또는 국외에서 급격하고도 우연한 신체의 사고로 손해를 입고 그 직접적인 결과로서 사고일로부터 180일이내에 사망 하는 경우

③ 위 ②의 경우 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 포함되지 아니합니다.

④ 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 조난 또는 행방불명된 그날로부터 90일이 지나도록 피보험자가 발견되지 아니할 때에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망으로 추정하여 사망보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 90일 이전이라도 국가기관이 인정하는 경우에는 사망으로 간주하여 사망보험금을 지급하여 드립니다. 그러나. 사망보험금을 지급한 후에 피보험자의 생존이 확인되었을 때에는 지급한 보험금을 회수합니다.

⑤ 보험계약일 이후에 피보험자가 암, 뇌졸중, 급성심근경색증에 대한 책임개시일의 전일 이전에 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 진단확정되고 암, 뇌졸중, 급성심근경색증에 대한 책임개시일 이후에 그 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 인하여 사망 또는 제1급의 장해상태가 되었을 경우

4 위 1내지 3에도 불구하고 2종의 경우 암으로 사망 또는 제1급장해시에는 기타사망보험금을 지급합니다.

5 피보험자가 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 책임개시일 이후에 사망하고 그후에 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 인하여 사망한 사실이 확인된 경우에는 위 1의 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 사망보험금을 지급합니다. 다만, 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 책임개시일 전일 이전에 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 제외합니다.

6 피보험자의 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 진단 확정후 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 진단 확정과 인과관계가 없는 계약전 알릴의무 위반으로 계약이 해지된 경우에는 암, 뇌졸

중, 급성심근경색증 진단 확정일로부터 180일이내에 피보험자가 그 암, 뇌졸중, 급성심근경색증을 직접적인 원인으로 사망하거나 1. 에서 정한 제 1급의 장해상태가 되었을 때에 한하여 그 때까지 발생한 암, 뇌졸중, 급성심근경색증으로 인한 해당보험금을 지급하여 드리며, 이 경우 계약해지시 이미 지급한 금액은 공제합니다.

3. **(보상하지 아니하는 손해)**

[1] 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 보험계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금수익자가 두사람 이상일 때, 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 정당방위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

④ 피보험자의 무면허운전(면허시험장내에서 면허시험중에 입은 상해는 보상하여 드립니다) 또는 음주운전

⑤ 의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구에 입은 손해

⑥ 피보험자의 형의 집행

⑦ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑧ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑨ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

⑩ 위 ⑨이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

[2] 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽을 오르거나 특수한 기술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 운동

② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)

③ 피보험자가 항로(정기편이나 부정기편을 묻지 아니합니다)의 항공기가 아닌 다른 항공기를 조종하는 동안

④ 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

4. (보험료의 납입면제)

엘지엑셀런트건강보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특별약관의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. (보통약관 22. 26. ~ 31.의 규정을 제외합니다.)

2. 부인과질병담보 특별약관

1. (부인과질병의 정의 및 진단확정)

① 이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 있어서 “부인과질병”이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류중 【별표 3 】“부인과질병 분류표”에서 정한 질병을 말하며 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.

② “부인과질병”의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 우리회사(이하 「회사」라 합니다)가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

2. (보상하는 손해)

① 회사는 보험기간 중 4.의 ①에 정한「책임개시일」이후에 피보험자에게 아래의 보험사고가 발생하였을 때에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

① 정액보상형의 피보험자가 부인과질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 부인과질병으로 진단이 확정되고 부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원(“병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다” 이하 같습니다)하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때 : **입원급여금**

② 정액보상형의 피보험자가 부인과질병보장의 책임개시일 이후에 최초로 부인과질병으로 진단이 확정되고 부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일 이상 계속 입원하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때 : **장기간병자금**

③ 정액보상형의 피보험자가 부인과질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 부인과질병으로 진단이 확정되고 부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때 : **수술급여금**

④ 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 부인과질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 부인과질병으로 진단이 확정되고 부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일이상 계속하여 입원한 후 생존하여 퇴원하였을 때 : **요양급여금**

⑤ 실비보상형의 피보험자가 부인과질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 부인과질병으로 진단이 확정되고 부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양취급기관에서 입원하여 치료를 받을 때 : **입원치료실비급여금**

2 위 ⑤에 의하여 피보험자가 보험금을 지급받은후 요양취급기관이나 의료보험조합으로부터 의료비의 환급 또는 추가 청구가 있을 경우에는 이를 회사에 알리고 회사의 조치를 따라야 합니다.

3. **(입원 및 수술의 정의와 장소)**

1 이 계약에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 (이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 부인과질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제 2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 부인과질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 위 1에 정한 장소에서 의사의 관리하에 부인과질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

4. **(회사의 책임의 시기 및 종기)**

1 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며, 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.
그러나 부인과질병 보장에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로 부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 「책임개시일」이라 합니다)에 시작하며, 마지막날에 끝납니다.
2 위 1에도 불구하고 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 보험사고에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니합니다.

5. **(보상하지 아니하는 손해)**

1 회사는 2. 에도 불구하고 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 사고는 보장하여 드리지 아니합니다.

① 보험계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두사람 이상일 때, 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

6. **(입원급여금)**

1 회사는 정액보상형의 피보험자가 2.1.①의 입원시에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	입원급여금
부인과질병으로 4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 2만원

2 위 1의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

3 위 1의 경우 피보험자가 부인과질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
그러나, 부인과질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

4 위 1 의 경우 피보험자가 부인과질병에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

7. **(장기간병자금)**

1 회사는 정액보상형의 피보험자가 2.1.②의 입원시에는 아래의 금액을 장기간병자금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

계속입원일수	장 기 간 병 자 금
31일째 계속입원하고 있을 때	계속입원일수(31일) 해당일에 100만원 지급
121일째 계속입원하고 있을 때	계속입원일수(121일) 해당일에 100만원 추가지급
181일째 계속입원하고 있을 때	계속입원일수(181일) 해당일에 100만원 추가지급

2 위 1 의 경우 피보험자가 부인과질병에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위의 장기간병자금은 계속 보장하여 드립니다.

3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 장기간병자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

4 위 1의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

8. **(수술급여금)**

1 회사는 정액보상형의 피보험자가 2.1.③의 수술시에는 아래의 금액을 수술급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	수술급여금
부인과질병으로 수술시	수술 1회당 50만원

2 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술급여금만을 지급합니다

9. **(요양급여금)**

1 회사는 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 2.1.④의 생존퇴원시에는 아래의 금액을 요양급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	요 양 급 여 금
31일 ~ 120일 계속입원후 생존퇴원시	100만원 지급
121일 ~ 180일 계속입원후 생존퇴원시	200만원 지급
181일 이상 계속입원후 생존퇴원시	300만원 지급

2 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 요양급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

3 위 1의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

10. (입원치료실비급여금)

1 회사는 실비보상형의 피보험자가 2.1.⑤의 입원치료시에는 보험증권에 기재된 입원치료실비급여금액 한도내에서 평상업무를 수행할 수 있을 정도로 치료하는데 소요된 치료실비로서 의료보험 법정급여금 전액을 지급하여 드립니다. 그러나 어떠한 경우에도 입원일로부터 180일을 넘을 수 없습니다.

2 이 보험계약의 적용의료수가는 반드시 의료보험수가 이어야 합니다.

3 피보험자가 엘지엑셀런트건강보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 2.2를 이행하지 아니하거나 “의료보험법” 및 “공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법” 에 정한 자격을 상실 또는 부득이한 사정으로 인하여 의료보험수가를 적용받지 못한 경우에는 발생입원치료비 총액의 50%해당액을 보상하여 드립니다.

4 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 1의 비용을 초과했을 때 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 지급할 보험금을 결정합니다.

11. (보험료의 납입면제)

보통약관의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특별약관의 보험료도 납입을 면제하여드립니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. (보통약관 22. 26. ~ 31.의 규정을 제외합니다.)

3. 여성만성질병담보 특별약관

1. (여성만성질병의 정의 및 진단확정)

[1] 이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)에 있어서 "여성만성질병"이라 함은 제 3차 한국표준질병사인분류중 【별표 4】 "여성만성질병 분류표"에서 정한 질병을 말하며 피보험자가 여성인 경우에만 가입이 가능합니다.

[2] "여성만성질병"의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 우리회사(이하 「회사」라 합니다)가 인정하는 국외의 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

2. (보상하는 손해)

[1] 회사는 보험기간 중 4.의 [1]에 정한 「책임개시일」 이후에 피보험자에게 아래의 보험사고가 발생하였을 때에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

① 정액보상형의 피보험자가 여성만성질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 여성만성질병으로 진단이 확정되고 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원("병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다" 이하 같습니다)하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때 : **입원급여금**

② 정액보상형의 피보험자가 여성만성질병보장의 책임개시일 이후에 최초로 여성만성질병으로 진단이 확정되고 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일 이상 계속 입원하여 3.에서 정한 의사의 치료를 받은 때 : **장기간병자금**

③ 정액보상형의 피보험자가 여성만성질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 여성만성질병으로 진단이 확정되고 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받을 때 : **수술급여금**

④ 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 여성만성질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 여성만성질병으로 진단이 확정되고 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 31일, 121일, 181일이상 계속하여 입원한 후 생존하여 퇴원하였을 때 : **요양급여금**

⑤ 실비보상형의 피보험자가 여성만성질병 보장의 책임개시일 이후에 최초로 여성만성질병으로 진단이 확정되고 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양취급기관에서 입원하여 치료를 받을 때 : **입원치료실비급여금**

2 위 ⑤ 에 의하여 피보험자가 보험금을 지급받은후 요양취급기관이나 의료보험조합으로부터 의료비의 환급 또는 추가 청구가 있을 경우에는 이를 회사에 알리고 회사의 조치를 따라야 합니다.

3. **(입원 및 수술의 정의와 장소)**

1 이 계약에 있어서 "입원" 이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자 (이하 "의사" 라 합니다)에 의하여 여성만성질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3조(의료기관) 제 2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 보험에서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 여성만성질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 위 1에 정한 장소에서 의사의 관리하에 여성만성질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위를 말합니다.

4. **(회사의 책임의 시기 및 종기)**

1 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날 오후 4시에 시작하며, 마지막날 오후 4시에 끝납니다. 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.
그러나 여성만성질병 보장에 대한 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 「책임개시일」이라 합니다)에 시작하며, 마지막날에 끝납니다.
2 위 1에도 불구하고 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 보험사고에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니합니다.

5. **(보상하지 아니하는 손해)**

1 회사는 2. 에도 불구하고 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 사고는 보장하여 드리지 아니합니다.

① 보험계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금 수익자가 두사람 이상일 때, 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

6. **(입원급여금)**

1 회사는 정액보상형의 피보험자가 2.1.①의 입원시에는 아래의 금액을 입원급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	입원급여금
여성만성질병으로 4일이상 계속입원시	3일초과 1일당 2만원

2 위 1의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

3 위 1의 경우 피보험자가 여성만성질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
그러나, 여성만성질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

4 위 1의 경우 피보험자가 여성만성질병에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위의 입원급여금은 계속 보장하여 드립니다.

5 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

7. **(장기간병자금)**

1 회사는 정액보상형의 피보험자가 2. 1. ②의 입원시에는 아래의 금액을 장기간병자금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

계속입원일수	장 기 간 병 자 금
31일째 계속입원하고 있을 때	계속입원일수(31일) 해당일에 100만원 지급
121일째 계속입원하고 있을 때	계속입원일수(121일) 해당일에 100만원 추가지급
181일째 계속입원하고 있을 때	계속입원일수(181일) 해당일에 100만원 추가지급

② 위 ①의 경우 피보험자가 여성만성질병에 대한 책임개시일 이후 입원하여 치료를 받던중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 위의 장기간병자금은 계속 보장하여 드립니다.

③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 장기간병자금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

④ 위 ①의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

8. (수술급여금)

① 회사는 정액보상형의 피보험자가 2.①.③의 수술시에는 아래의 금액을 수술급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	수술급여금
여성만성질병으로 수술시	수술 1회당 100만원

② 피보험자가 동시에 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 수술에 대한 수술급여금만을 지급합니다

9. (요양급여금)

① 회사는 정액보상형 및 실비보상형의 피보험자가 2.①.④의 생존퇴원시에는 아래의 금액을 요양급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

(10구좌 기준)

구 분	요 양 급 여 금
31일 ~ 120일 계속입원후 생존퇴원시	100만원 지급
121일 ~ 180일 계속입원후 생존퇴원시	200만원 지급
181일 이상 계속입원후 생존퇴원시	300만원 지급

2 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 요양급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

3 위 1의 경우 계속입원이란 중도퇴원없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.

10. (입원치료실비급여금)

1 회사는 실비보상형의 피보험자가 2.1.⑤의 입원치료시에는 보험증권에 기재된 입원치료실비급여금액 한도내에서 평상업무를 수행할 수 있을 정도로 치료하는데 소요된 치료실비로서 의료보험 법정급여금 전액을 지급하여 드립니다. 그러나 어떠한 경우에도 입원일로부터 180일을 넘을 수 없습니다.

2 이 보험계약의 적용의료수가는 반드시 의료보험수가 이어야 합니다.

3 피보험자가 엘지엑셀런트건강보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다) 2.2를 이행하지 아니하거나 "의료보험법" 및 "공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법" 에 정한 자격을 상실 또는 부득이한 사정으로 인하여 의료보험수가를 적용받지 못한 경우에는 발생입원치료비 총액의 50%해당액을 보상하여 드립니다.

4 위 1의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 1의 비용을 초과했을 때 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 지급할 보험금을 결정합니다.

11. (보험료의 납입면제)

보통약관의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특별약관의 보험료도 납입을 면제하여드립니다.

12. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. (보통약관 22. 26. ~ 31.의 규정을 제외합니다.)

4. 질병입원비담보 특별약관

1. (보상하는 손해)

우리회사(이하 「회사」라 합니다)는 이 특별약관의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 인하여 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 입원기간에 대하여 보험증권에 기재된 일당 입원비를 보상하여 드립니다.

2. (보상하지 아니하는 손해)

[1] 회사는 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 보험계약자나 피보험자의 고의

② 보험수익자의 고의. 그러나 사망보험금수익자가 두사람 이상일 때, 다른 사람이 수취할 금액에 대해서는 보상하여 드립니다.

③ 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(단, 정당방위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다.)

④ 피보험자의 무면허운전(면허시험장내에서 면허시험중에 입은 상해는 보상하여 드립니다) 또는 음주운전

⑤ 임신, 출산, 유산

⑥ 정상의 건강상태로서 아무런 객관적 징후가 없음에도 불구하고 행한 정규 또는 기타의 신체검사 및 의사가 불구로 진단한 경우를 제외한 검진 또는 X선

⑦ 미용 또는 성형수술

⑧ 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

⑨ 모든 정신질환 및 신경질환 또는 안정요법

⑩ 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

⑪ 피보험자의 형의 집행

⑫ 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

⑬ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

⑭ 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고

⑮ 위 ⑭이외의 방사선 조사(照射) 또는 방사능 오염

2 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽을 오르거나 특수한 기술과 경험을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 운동

② 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범 또는 시운전(단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)

③ 피보험자가 항로(정기편이나 부정기편을 묻지 아니합니다)의 항공기가 아닌 다른 항공기를 조종하는 동안

④ 선박승무원, 어부, 사공 그밖에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3. (입원비 보상)

1 위 1. 에 정한 질병의 결과로 피보험자가 이 보험증권의 유효기간 동안에 입원환자로서 의사의 치료를 받을 경우 회사는 하나의 질병에 대해 입원한 후 최고 26주까지의 입원기간동안 보험증권에 기재된 일당 입원비 보상금을 피보험자에게 지급하여 드립니다.

2 동일한 원인 또는 관련된 원인에 의하여 여러 차례 입원한 경우에는 그 질병의 결과로 피보험자가 입원하고 있지 않은 기간이 1년을 경과하지 않는 한 이를 하나의 질병으로 인한 입원으로 봅니다.

4. (보험료의 납입면제)

엘지엑셀런트건강보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특별약관의 보험료도 납입을 면제하여드립니다.

5. (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다. (보통약관 22. 26. ~ 31.의 규정을 제외합니다.)

< 용어 풀이 >

1. 질병 : 보험계약이 발효되어 14일이 경과된 이후에 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다.
2. 의사 : 피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
3. 병원 및 의원 : 다음의 각 조건을 구비한 기관을 말합니다.
   가. 병원 및 의원면허가 있을 것.
   나. 부상자 또는 병자를 입원환자로서 수용하여 치료함을 기본으로 할 것.
   다. 등록 또는 유자격 간호사가 하루 24시간 간호할 수 있을 것.
   라. 항상 1인 이상의 의사가 근무할 것.
   마. 진단 및 수술을 위한 상당한 시설을 갖출 것.
   바. 진료소, 간호센타, 요양소 또는 이와 유사한 기관이 아닐 것이며, 부득이한 경우를 제외하고는 알코올 중독자 또는 마약중독자 치료소가 아닌 기관일 것.

5. 보험료 자동납입 특별약관

1. (보험료 납입)

보험계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 보험계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.

2. (보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 우리회사와 보험계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

3. (계약후 알릴의무)

보험계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 엘지엑셀런트건강보험 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 신용카드이용 보험료납입 특별약관

1. (적용범위)

① 우리회사 (이하 「회사」라 합니다)는 이 특별약관에 따라 신용카드회사(이하 『카드회사』라 합니다)의 카드회원을 보험계약자로 하여 초년도보험료를 납입하는 경우에 적용합니다.

② 위 ① 의 초년도보험료에는 엘지엑셀런트건강보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)의 18.에 의한 효력상실기간에 해당하는 보험료와 이에 대한 연체된 이자를 포함합니다.

2. (보험료의 영수)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 소정의 신용카드로써 보험료를 결제하고 보험료영수증을 교부받는 시점을 보험료 영수시점으로 봅니다.

② 우편청약의 경우에는 보통약관 8. 및 위 ① 에도 불구하고 보험계약청약서가 회사에 접수된 날의 다음날 오후 4 시를 이 보험의 책임개시일(과로·스트레스관련 특정질병, 부인과질병 및 여성만성질병에 대한 책임개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날)로 합니다. 단, 회사의 접수가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로 부터 3일이 경과되면 회사에 접수된 것으로 합니다.

3. (사고카드의 계약)

① 보험계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 책임개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

② 위 ① 의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래 정지통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

4. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 단체취급특별약관

1. (적용범위)

이 특별약관은 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자가 다음중 한가지의 단체에 소속된 경우에 적용합니다.

① 제 1종단체 (급여관계단체): 단체의 소속원이 그 단체로부터 일정한 급여를 지급받는 관공서, 국영기업체, 기업체 및 공장 등의 단체

② 제 2종단체 (법정 단체): 제 1종단체에 해당되지 아니하는 단체로써 민법 또는 특별법에 의하여 설립된 법인 또는 조합

③ 제 3종단체 (규약 단체): 제 1종 및 제 2종 단체에 해당되지 아니하는 단체로써 단체 운영에 관한 주요 사항이 규칙 또는 정관 등에 의하여 확정되어 있는 단체

2. (대표자의 선정)

[1] 단체의 대표자 또는 직책상 대표자를 대리할 수 있는자 및 위 1.에서 정한 보험계약자중에서 대표자를 선정합니다.

[2] 대표자는 보험계약자를 대리하여 보험료를 일괄하여 납입하여야 합니다. 다만, 급여이체 및 자동이체로 보험료를 납입하는 경우는 일괄납입으로 봅니다.

3. (적용특칙)

이 특별약관에서는 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 엘지엑셀런트건강보험 보통약관(이하 「보통약관」이라 합니다)의 15.의 ①을 적용하지 아니하며, 회사는 영수증을 대표자에게 발행하여 드립니다. 다만, 대표자 및 보험계약자의 요청이 있는 경우에는 계약자별로 영수증을 발행하여 드립니다.

4. (적용보험료)

[1] 보험계약자수가 10인 이상인 경우에는 단체취급 보험료를 적용합니다.

[2] 보험기간중 보험계약자수가 감소하여 10인미만이 된 때에는 위 [1]을 적용하지 아니하며, 이후 보험계약자수가 증가하여 10인이상이 된 때에는 다시 위 [1]을 적용합니다.

5. (계약자의 증감)

1 단체 소속원이 증가되어 보험계약자가 추가된 때에는 당해 보험계약자에 대해서도 이 특별약관이 적용됩니다.

2 보험계약자가 소속단체를 이탈한 경우에는 당해 계약에 대해서 개별계약으로 전환하여 드립니다.

6. (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

[별표 1]

해 지 환 급 금 예시표

1. 기본계약

가. 적립부분

(1) 10년만기 (기준 : 적립영업보험료 1원)

경과기간	일시납	전기납			
		연납	6개월납	3개월납	월납
1년	0.97200	0.55080	1.08120	2.14200	6.38520
3년	1.13374	2.68668	5.27385	10.44819	31.14555
5년	1.32240	5.17796	10.16415	20.13653	60.02603
7년	1.54244	8.08380	15.86820	31.43701	93.71222
10년	1.94303	13.37382	26.25232	52.00931	155.03729

(2) 15년만기 (기준 : 적립영업보험료 1원)

경과기간	일시납	전기납			
		연납	6개월납	3개월납	월납
1년	0.97200	0.55080	1.08120	2.14200	6.38520
3년	1.13374	2.68668	5.27385	10.44819	31.14555
5년	1.32240	5.17796	10.16415	20.13653	60.02603
7년	1.54244	8.08380	15.86820	31.43701	93.71222
10년	1.94303	13.37382	26.25232	52.00931	155.03729
15년	2.85495	25.41623	49.89112	98.84089	294.64000

※ 위에 계산된 숫자는 적립영업보험료 1원에 대한 해지환급율이며, 실제 해지환급금은 계약자가 납입한 적립영업보험료에 위의 해지환급지수를 곱하면 됩니다.

나. 보장부분

(1) 정액보상형

(가) 1종(암포함) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	180,000	0	133,200	0	224,400	0	159,600	0
3년	540,000	65,700	399,600	12,600	673,200	104,400	478,800	0
5년	900,000	115,000	666,000	44,200	1,122,000	237,600	798,000	70,100
7년	1,260,000	118,800	932,400	50,700	1,570,800	340,200	1,117,200	123,200
10년	1,800,000	0	1,332,000	0	2,244,000	404,700	1,596,000	158,500
15년					3,366,000	0	2,394,000	0

(나) 2종 (암제외) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	129,600	0	80,400	0	154,800	0	99,600	0
3년	388,800	11,300	241,200	0	464,400	16,900	298,800	0
5년	648,000	40,400	402,000	8,200	774,000	85,000	498,000	18,500
7년	907,200	46,800	562,800	19,400	1,083,600	136,900	697,200	57,000
10년	1,296,000	0	804,000	0	1,548,000	173,600	996,000	87,300
15년					2,322,000	0	1,494,000	0

(2) 실비보상형

(가) 1종(암포함) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납, 실비500만원기준)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	128,400	0	106,800	0	166,800	0	133,200	0
3년	385,200	52,800	320,400	19,800	500,400	62,300	399,600	0
5년	642,000	90,400	534,000	45,000	834,000	167,500	666,000	50,700
7년	898,800	93,700	747,600	48,200	1,167,600	250,600	932,400	95,100
10년	1,284,000	0	1,068,000	0	1,668,000	304,800	1,332,000	122,700
15년					2,502,000	0	1,998,000	0

(나) 2종 (암제외) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납, 실비 500만원기준)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	81,600	0	58,800	0	102,000	0	76,800	0
3년	244,800	3,400	176,400	0	306,000	0	230,400	0
5년	408,000	22,600	294,000	9,600	510,000	30,500	384,000	1,300
7년	571,200	28,200	411,600	17,500	714,000	67,500	537,600	31,900
10년	816,000	0	588,000	0	1,020,000	96,700	768,000	55,800
15년					1,530,000	0	1,152,000	0

2 .사망담보 특약

(1) 정액보상형

(가) 1종(암포함) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	38,400	4,500	27,600	0	46,800	12,100	30,000	0
3년	115,200	31,800	82,800	10,800	140,400	58,500	90,000	20,200
5년	192,000	43,000	138,000	15,600	234,000	92,400	150,000	32,900
7년	268,800	41,500	193,200	14,900	327,600	117,900	210,000	41,500
10년	384,000	0	276,000	0	468,000	127,700	300,000	44,100
15년					702,000	0	450,000	0

(나) 2종(암제외) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	30,000	9,600	21,600	3,700	37,200	15,200	24,000	5,900
3년	90,000	29,300	64,800	13,000	111,600	49,100	72,000	20,600
5년	150,000	36,400	108,000	15,500	186,000	72,900	120,000	29,300
7년	210,000	33,600	151,200	13,500	260,400	90,000	168,000	34,800
10년	300,000	0	216,000	0	372,000	93,500	240,000	35,000
15년					558,000	0	360,000	0

2) 실비보상형

- 정액보상형과 동일

3.부인과질병담보 특약(여자)

(1) 정액보상형

(가) 1종(암포함) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	13,200	0	13,200	0
3년	39,600	0	39,600	0
5년	66,000	0	66,000	0
7년	92,400	0	92,400	0
10년	132,000	0	132,000	0
15년			198,000	0

(나) 2종(암제외) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	13,200	0	13,200	0
3년	39,600	0	39,600	0
5년	66,000	0	66,000	0
7년	92,400	0	92,400	0
10년	132,000	0	132,000	0
15년			198,000	0

(2) 실비보상형

(가) 1종 (암포함) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납, 실비 500만원기준)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	13,200	0	12,000	0
3년	39,600	0	36,000	0
5년	66,000	0	60,000	0
7년	92,400	0	84,000	0
10년	132,000	0	120,000	0
15년			180,000	0

(나) 2종 (암제외) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납, 실비 500만원 기준)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	12,000	0	12,000	0
3년	36,000	0	36,000	0
5년	60,000	0	60,000	0
7년	84,000	0	84,000	0
10년	120,000	0	120,000	0
15년			180,000	0

4.여성만성질병담보 특약(여자)

(1) 정액보상형

(가) 1종 (암포함) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	3,600	0	3,600	0
3년	10,800	0	10,800	0
5년	18,000	0	18,000	0
7년	25,200	0	25,200	1,900
10년	36,000	0	36,000	4,000
15년			54,000	0

(나) 2종 (암 제외) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	3,600	0	3,600	0
3년	10,800	0	10,800	0
5년	18,000	0	18,000	0
7년	25,200	0	25,200	1,600
10년	36,000	0	36,000	3,700
15년			54,000	0

(2) 실비보상형

(가) 1종 (암포함) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납, 실비 500만원기준)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	1,200	0	2,400	0
3년	3,600	0	7,200	500
5년	6,000	500	12,000	1,800
7년	8,400	700	16,800	2,700
10년	12,000	0	24,000	3,200
15년			36,000	0

(나) 2종 (암 제외) (기준: 10구좌, 여자 40세, 전기월납, 실비 500만원기준)

	10년		15년	
	납입보험료	해지환급금	납입보험료	해지환급금
1년	1,200	0	2,400	0
3년	3,600	0	7,200	500
5년	6,000	500	12,000	1,700
7년	8,400	700	16,800	2,600
10년	12,000	0	24,000	3,000
15년			36,000	0

5.질병입원담보 특약

(1) 정액보상형

(가) 1종 (암포함) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	12,000	0	10,800	0	12,000	0	12,000	0
3년	36,000	0	32,400	0	36,000	0	36,000	0
5년	60,000	0	54,000	0	60,000	0	60,000	0
7년	84,000	0	75,600	0	84,000	0	84,000	0
10년	120,000	0	108,000	0	120,000	0	120,000	0
15년					180,000	0	180,000	0

(나) 2종 (암제외) (기준: 10구좌, 40세, 전기월납)

	10년만기				15년만기			
	남자		여자		남자		여자	
	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금	납입 보험료	해지 환급금
1년	10,800	0	10,800	0	12,000	0	10,800	0
3년	32,400	0	32,400	0	36,000	0	32,400	0
5년	54,000	0	54,000	0	60,000	0	54,000	0
7년	75,600	0	75,600	0	84,000	0	75,600	0
10년	108,000	0	108,000	0	120,000	0	108,000	0
15년					180,000	0	162,000	0

(2) 실비보상형

- 정액보상형과 동일

[별표 2]

과로·스트레스관련 특정 질병 분류표

가. 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 흑색종 및 피부의 기타 악성신생물	C43-C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추 신경계의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

제4차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

나. 상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 상피내 암종	D01
3. 중이 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁경관의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

제4차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

다. 7대 질병 분류표

약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

	대상질병	분류번호
심 질 환	[급성 류마티스 열]	
	·심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	·심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	·류마티스성 무도병	I02
	[만성 류마티스성 심질환]	
	·류마티스성 승모판 질환	I05
	·류마티스성 대동맥판 질환	I06
	·류마티스성 삼첨판 질환	I07
	·다발성 판막 질환	I08
	·기타 류마티스성 심장 질환	I09
	[허혈성 심장 질환]	
	·협심증	I20
	·급성 심근경색증	I21
	·속발성 심근경색증	I22
	·급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	·기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	·만성 허혈성 심장 질환	I25
	[폐성 심장 질환 및 폐순환 질환]	
	·폐 색전증	I26
	·기타 폐성 심장 질환	I27
	·기타 폐혈관의 질환	I28
	[기타 형태의 심장질환]	
	·급성 심낭염	I30
	·기타 심낭의 질환	I31
	·달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	·급성 및 아급성 심내막염	I33
	·비류마티스성 승모판 장애	I34
	·비류마티스성 대동맥판 장애	I35

	대상질병	분류번호
심질환	[기타 형태의 심장질환]	
	·비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	·폐동맥판 장애	I37
	·상세불명 판막의 심내막염	I38
	·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막 장애	I39
	·급성 심근염	I40
	·달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	·심근병증	I42
	·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	·심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	·기타 전도 장애	I45
	·심장정지	I46
	·발작성 빈맥	I47
	·심장세동 및 조동	I48
	·기타 심장성 부정맥	I49
	·심부전	I50
	·심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	·달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
뇌혈관질환	[대뇌혈관 질환]	
	·거미막하 출혈	I60
	·뇌내출혈	I61
	·기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
	·뇌경색(증)	I63
	·출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	I64
	·대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	·대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착	I66
	·기타 대뇌혈관 질환	I67
	·달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애	I68
	·대뇌혈관 질환의 후유증	I69

	대상질병	분류번호
간 질 환	·바이러스 간염	B15-B19
	·알콜성 간질환	K70
	·독성간질환	K71
	·달리분류되지않는 간부전	K72
	·달리분류되지않는 만성간염	K73
	·간의섬유증 및 간경변	K74
	·기타염증성 간질환	K75
	·간의 기타질환	K76
	·미분류 간장애(바이러스성간염, 간육아종)	K77
고 혈 압	·본태성(원발성)고혈압	I10
	·고혈압성 심장질환	I11
	·고혈압성 신장질환	I12
	·고혈압성 심장 및 신장질환	I13
	·속발성 고혈압	I15
당 뇨 병	·인슐린-의존성 당뇨병	E10
	·인슐린-비의존성 당뇨병	E11
	·영양실조와 관련 당뇨병	E12
	·기타명시된 당뇨병	E13
	·상세불명의 당뇨병	E14
만성호흡기질환	·급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	·단순성 및 점액농성 기관지염	J41
	·상세불명의 만성기관지염	J42
	·천식	J45
	·천식지속상태	J46
위궤양 및 십이지 장궤양	·위궤양	K25
	·십이지궤양	K26
	·상세불명 부위의 소화성 궤양	K27

제4차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

라. 여성 특정 질병분류표

약관에 규정하는 여성특정질병으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

	대상질병	분류번호
심질환	[급성 류마티스 열]	
	·심장 침습이 없는 류마티스 열	I00
	·심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	·류마티스성 무도병	I02
	[만성 류마티스성 심질환]	
	·류마티스성 승모판 질환	I05
	·류마티스성 대동맥판 질환	I06
	·류마티스성 삼첨판 질환	I07
	·다발성 판막 질환	I08
	·기타 류마티스성 심장 질환	I09
	[허혈성 심장 질환]	
	·협심증	I20
	·급성 심근경색증	I21
	·속발성 심근경색증	I22
	·급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	·기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	·만성 허혈성 심장 질환	I25
	[폐성 심장 질환 및 폐순환 질환]	
	·폐 색전증	I26
	·기타 폐성 심장 질환	I27
	·기타 폐혈관의 질환	I28
	[기타 형태의 심장질환]	
	·급성 심낭염	I30
	·기타 심낭의 질환	I31
	·달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
	·급성 및 아급성 심내막염	I33
	·비류마티스성 승모판 장애	I34

	·비류마티스성 대동맥판 장애	I35
뇌혈관질환	[기타 형태의 심장질환]	
	·비류마티스성 삼첨판 장애	I36
	·폐동맥판 장애	I37
	·상세불명 판막의 심내막염	I38
	·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	·급성 심근염	I40
	·달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	·심근병증	I42
	·달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	·심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	·기타 전도 장애	I45
	·심장정지	I46
	·발작성 빈맥	I47
	·심장세동 및 조동	I48
	·기타 심장성 부정맥	I49
	·심부전	I50
	·심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	·달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	[대뇌혈관 질환]	
	·거미막하 출혈	I60
	·뇌내출혈	I61
	·기타 비외상성 두 개내 출혈	I62
	·뇌경색(증)	I63
	·출혈 또는 경색(증)으로 명시되지 않은 졸증	I64
	·대뇌경색(증)을 유발하지 않은 뇌전 동맥의 폐색 및 협착	I65
	·대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌 동맥의 폐색 및 협착	I66
	·기타 대뇌혈관 질환	I67
	·달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애	I68
	·대뇌혈관 질환의 후유증	I69

고 혈 압	·본태성(원발성)고혈압 ·고혈압성 심장질환 ·고혈압성 신장질환 ·고혈압성 심장 및 신장질환 ·속발성 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
당 뇨 병	·인슐린-의존성 당뇨병 ·인슐린-비의존성 당뇨병 ·영양실조와 관련 당뇨병 ·기타 명시된 당뇨병 ·상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
위궤양 및 십이지장 궤양	·위궤양 ·십이지궤양 ·상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
신장 및 방광 질환	·사구체질환 ·신세뇨관 - 간질성 질환 ·신부전 ·요로 결석증 ·신장 및 요관의 기타장애 ·비뇨기계의 기타 질환	N00 ~ N08 N10 ~ N16 N17 ~ N19 N20 ~ N23 N25 ~ N29 N30 ~ N39

제4차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 3]

부인과 질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
[상피내의 신생물]	
·구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
·기타 및 상세불명의 소화 기관의 상피내 암종	D01
·중이 및 호흡기계의 암종	D02
·상피내의 흑색종	D03
·피부의 상피내 암종	D04
·유방의 상피내 암종	D05
·자궁경관의 상피내 암종	D06
·기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
·기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09
[양성신생물]	
·양성신생물	D10-D36
·행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37-D48
[유방의 장애]	
·양성 유방의 이형성	N60
·유방의 염증성 장애	N61
·유방의 비대	N62
·유방의 상세불명의 소괴	N63
·유방의 기타장애	N64
[여성골반내 장기의 염증성 질환]	
·난관염 및 난소염	N70
·자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
·자궁경부의 염증성 질환	N72
·기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
·달리 분류된 질환에서의 여성 골반	N74
·염증성 장애	
·바르톨린선의 질환	N75
·질 및 외음부의 기타 염증	N76
·달리 분류된 질환에서의 외음질 궤양 및 염증	N77

대상질병	분류번호
[여성생식기의 비염증성 장애]	
·자궁내막증	N80
·여성 생식기 탈출	N81
·여성 생식기를 포함한 누공	N82
·난소, 난관 및 광 인대의 비염증성 장애	N83
·여성생식기의 용종	N84
·경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
·자궁경부의 미란 및 외반증	N86
·자궁경부의 이형성	N87
·자궁경부의 기타 비염증성 장애	N88
·질의 기타 비염증성 장애	N89
·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
·무월경, 소량 및 희발 월경	N91
·과다.빈발 및 불규칙 월경	N92
·기타 이상 자궁 및 질 출현	N93
·여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 동통 및 기타 병태	N94
·폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95

제4차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 4]

여성만성 질병분류표

약관에 규정하는 여성만성 질병으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 1993-3호, 1995.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
[골다공증]	
·병적골절을 동반한 골다공증	M80
·병적골절이 없는 골다공증	M81
·달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
·뼈 연속성의 장애	M84
[관절염]	
·회농성 관절염	M00
·달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
·반응성 관절병증	M02
·달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
·혈청검사 양성인 류마토이드 관절염	M05
·기타 류마토이드 관절염	M06
·건선성 및 장병증성 관절병증	M07
·연소자성 관절염	M08
·달리 분류된 질환에서의 연소자성 관절염	M09
·통풍	M10
·기타 결정성 관절병증	M11
·기타 특정 관절병증	M12
·기타 관절염	M13
·달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증	M14
·다발성 관절증	M15
·고관절증	M16
·무릎관절증	M17
·제1수근중수 관절의 관절증	M18
·기타 관절증	M19
·손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20

·사지의 기타 후천성 변형	M21
·무릎뼈의 장애	M22
·무릎의 내이상	M23
·기타 명시된 관절 이상	M24
·달리 분류되지 않은 기타 관절 장애	M25

제4차개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

[별표 5]

후유장해 지급율표

후유장해의 종류	후유장해율
1. 눈(眼)의 장해	비율 (%)
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	60
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	34
4) 한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	26
5) 한눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	20
6) 한눈의 교정시력이 0.6이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구에 뚜렷한 조절기능장해나 뚜렷한 운동 장해를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나(정상시야의 60%이하) 반맹증 또는 시야 협착을 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 때	15
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	10
2. 귀(耳)의 장해	
1) 두귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한귀의 청력을 완전히 잃었을 때	30
3) 한귀의 청력이 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아 듣지 못할 때	20
4) 한귀의 청력이 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못할 때	5
5) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
3. 코(鼻)의 장해	
1) 코의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
4. 씹거나 말하는 기능의 장해	
1) 씹거나 말하는 기능을 완전히 잃었을 때	100
2) 씹거나 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	35
3) 씹거나 말하는 기능에 장해를 남긴 때	15
4) 이에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
5) 이에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
6) 이에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

후유장해의 종류	후유장해율
5. 외모(얼굴,머리,목)의 추상장해	비율 (%)
1) 외모에 뚜렷한 추상을 남긴 때	15
2) 외모에 추상을 남긴 때	5
6. 등뼈의 장해	
1) 등뼈에 고도의 기형이나 고도의 운동장해를 남긴 때	40
2) 등뼈에 중등도의 운동장해를 남긴 때	30
3) 등뼈에 중등도의 기형을 남긴 때	20
4) 등뼈에 경도의 기형이나 경도의 운동장해를 남긴 때	10
5) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
6) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10
7) 고도의 추간반탈출증	20
8) 중등도의 추간반탈출증	15
9) 경도의 추간반탈출증	10
7. 팔 또는 다리의 장해	
1) 두팔의 손목이상이나 두다리의 발목이상을 잃었을때	100
2) 한팔의 손목이상이나 한다리의 발목이상을 잃었을때	60
3) 두팔 또는 두다리의 기능을 완전히 잃었을 때	100
4) 한팔 또는 한다리의 기능을 완전히 잃었을 때	50
5) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 2관절이상의 기능을 완전히 잃었을 때	50
6) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
7) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 2관절이상의 기능에 고도의 장해를 남긴 때	40
8) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 고도의 장해를 남긴 때	20
9) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 2관절 이상의 기능에 중등도의 장해를 남긴 때	20
10) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 중등도의 장해를 남긴 때	10
11) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 2관절의 기능에 경도의 장해를 남긴 때	10
12) 한팔 또는 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 경도의 장해를 남긴 때	5
13) 한팔 또는 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
14) 한팔 또는 한다리에 가관절이 남아 장해를 남긴 때	30
15) 한팔 또는 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	10
16) 한다리가 5cm이상 짧아진 때	34
17) 한다리가 3cm이상 짧아진 때	20
18) 한다리가 1cm이상 짧아진 때	7

후유장해의 종류	후유장해율
8. 손가락의 장해	비율 (%)
1) 두손의 손가락을 모두 잃었을 때	100
2) 한손의 5개손가락을 모두 잃었을 때	52
3) 한손의 첫째 손가락의 손가락관절보다 윗쪽에서 잃었을 때	20
4) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 둘째마디관절보다 윗쪽에서 잃었을 때(1손가락마다)	8
5) 한손의 5개손가락 모두에 손가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
6) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
7) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락에 손가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴때(1손가락마다)	5
9. 발(가락)의 장해	
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	42
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락의 발가락관절보다 윗쪽에서 잃었을때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 둘째마디관절보다 윗쪽에서 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두에 발가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락에 발가락뼈의 일부를 잃었거나 뚜렷한 장해를 남긴때(1발가락마다)	3
10. 흉·복부장기의 장해	
1) 흉·복부장기의 기능에 극심한 장해가 남아 평생토록 항상 곁에서 돌봄을 요하는 때	100
2) 흉·복부장기의 기능에 심한 장해가 남아 평생토록 수시로 곁에서 돌봄을 요하는 때	75
3) 흉·복부장기의 기능에 중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때	50
4) 흉·복부장기의 기능에 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때	25
5) 흉·복부장기의 기능에 장해가 남았을 때	10
6) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 잃었을 때	42
7) 비장 또는 한쪽 콩팥을 잃었을 때	34
8) 생식기에 뚜렷한 장해를 남긴 때	26

후유장해의 종류	후유장해율
11. 정신·신경계통의 장해	비율(%)
1) 정신·신경계통의 기능에 극심한 장해가 남아 혼자서는 생명유지를 위한 기본동작·기능을 전혀 할 수 없어 항상 개호를 요하거나 지속적인 감금상태에서 생활해야 할 때	100
2) 사지, 반신 또는 하반신이 완전 마비된 때	100
3) 정신·신경계통의 기능에 심한 장해가 남아 혼자서는 생명유지를 위한 기본동작·기능에 상당한 제한이 있거나 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 개호 내지는 감시를 요할 때	75
4) 정신·신경계통의 기능에 중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본동작 및 기능에 상당한 지장을 초래한 때	50
5) 정신·신경계통의 기능에 경도-중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본적인 동작 혹은 기능은 할 수 있으나 고등 정신기능 혹은 정교한 작업을 하는데는 상당한 지장이 있게 된 때	25
6) 정신·신경계통의 기능에 경도의 장해가 남아 통상적인 생활은 할 수 있으나 고등정신기능 혹은 정교한 작업을 하는데 다소의 지장이 있게 된 때	10

주) 1. 위 후유장해의 종류 및 지급율에 관한 세부사항은「상해보험 후유장해 산정기준」에 따릅니다.

2. 이 보험의 후유장해 지급율은 산재보험 및 자동차보험 등 타 보험에서 적용하는 후유장해 지급율과는 무관하게 적용됩니다.

3. 각 관절운동의 정상각도 및 측정방법은 미국의학협회(A.M.A)의 「영구적 신체장해 평가지침」의 규정에 따릅니다.

< 용 어 풀 이 >

1. 귓바퀴의 대부분의 결손
   귓바퀴의 연골부의 1/2 이상 결손된 경우

2. 이의 결손
   치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상 파절된 경우

3. 외모(얼굴, 머리, 목)의 추상장해
   추상장해란 성형수술후에도 영구히 남게되는 상태의 추상을 말합니다.
  가. 외모의 뚜렷한 추상
    1) 얼굴
      ① 손바닥 반 크기 이상의 추상
      ② 길이 10㎝ 이상의 추상 반흔
      ③ 직경 5㎝ 이상의 조직함몰
    2) 머리
      ① 손바닥 크기 이상의 반흔 및 모발결손
      ② 두개골의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
    3) 목
       손바닥 크기 이상의 추상

  나. 외모의 추상
    1) 얼굴
      ① 손바닥 1/4크기 이상의 추상
      ② 길이 5㎝ 이상의 추상 반흔
      ③ 직경 2㎝ 이상의 조직함몰
    2) 머리
      ① 손바닥 1/2크기 이상의 반흔 및 모발결손
      ② 두개골의 손바닥 1/2크기 이상의 손상 및 결손
    3) 목
       손바닥 1/2크기 이상의 추상

4. 등뼈의 장해
   등뼈의 장해는 사고와 인과관계가 있는 부분만 보상합니다.
    1) 고도의 기형
       척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 또는20°이상 측만변

형된 경우

2) 중등도의 기형

골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 또는 10° 이상 측만변형된 경우

3) 경도의 기형

1개 이상의 척추의 골절로 인한 경도의 전만증 또는 측만변형된 경우

4) 고도의 운동장해

척추체에 2분절 이상의 척추고정술을 시행하고 척추운동범위가 정상범위의 1/4이하로 제한된 때

5) 중등도의 운동장해

① 척추체에 2분절 이상의 척추고정술을 시행하고 척추운동범위가 정상 범위의 1/2이하로 제한된 때

② 두개골과 상위경추(제1, 2경추)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

6) 경도의 운동장해

척추체에 골절 등으로 척추운동범위가 정상범위의 3/4이하로 제한된 때

7) 고도의 추간반탈출증

추간반을 2마디 이상 수술 또는 하나의 추간반에 2번 이상수술로 고도의 신경증상이 남은 경우

8) 중등도의 추간반탈출증

추간반 1마디 수술로 신경증상이 뚜렷하고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

9) 경도의 추간반탈출증

의학적으로 추간반 병변이 확인되고 하지방사통 또는 감각 이상이 있는 경우

5. 팔, 다리의 1관절기능 장해

1) 기능을 완전히 잃었을 때

완전강직 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

2) 고도의 장해

관절운동범위가 정상범위의 1/4 이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 15㎜ 이상의 동요관절이 있는 경우

3) 중등도의 장해

관절운동범위가 정상범위의 1/2 이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 10㎜ 이상의 동요관절이 있는 경우

4) 경도의 장해

관절운동범위가 정상범위의 3/4 이하로 제한된 경우 또는 객관적 검사상 5㎜ 이상의 동요관절이 있는 경우

6. 손·발가락뼈의 일부를 잃었을 때
첫째 손·발가락의 지관절, 다른 네 손·발가락의 제2지관절로부터 상부 즉, 심장에 가까운 쪽에서 손·발가락 뼈를 잃은 경우

7. 손·발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때
1) 첫째 손·발가락의 지관절, 다른 네 손·발가락의 제2지관절로부터 하부 즉, 선단에서 손·발가락뼈를 잃은 경우
2) 손·발가락의 관절운동범위(첫째 손·발가락 이외의 손·발가락은 제1, 제2지관절의 굴신운동범위의 합산)가 정상범위의 1/2이하가 되었을 때

8. 흉·복부장기의 장해
1) 기능에 극심한 장해가 남아 평생토록 항상 곁에서 돌봄을 요하는 때
침상을 벗어나지 못하는 정도로 생명유지를 위한 일상생활의 기본동작을 전적으로 타인의 돌봄에 의존하는 것
2) 기능에 심한 장해가 남아 평생토록 수시로 곁에서 돌봄을 요하는 때
타인의 돌봄을 받아 식사, 배뇨 및 배변, 근거리 내의 보행 등 단시간 침상을 떠나는 것이 가능한 경우
3) 기능에 중등도의 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때
일상생활의 기본동작중 이동동작 제한으로 이동시 타인의 돌봄이나 보조수단(휠체어 등)이 필요한 경우
4) 기능에 장해가 남아 일상생활의 기본동작에 제한을 받게된 때
일상생활의 기본동작중 하나 이상에 제한은 있으나 타인의 돌봄이 필요하지 않은 때
5) 기능에 장해가 남은 때
흉복부 장기의 기능장해가 명확하여 노동에 지장이 있는 때
6) 생식기에 뚜렷한 장해를 남긴 때
음경의 1/2 이상 상실, 자궁전적출술, 흉터로 인한 질구의 협착 등으로 성교 불가능인 때
7) 일상생활의 기본동작
① 이동동작
② 음식물 섭취동작
③ 옷입고 벗기 동작
④ 대소변의 배설후 뒷처리
⑤ 목욕 및 세면

9. 사지, 반신 또는 하반신이 완전마비된 때

1) 사지의 완전마비

사지 기능의 전폐

2) 반신의 완전마비

동측(同側)의 상하지의 운동마비, 즉 같은 쪽의 1하지와 1상지의 기능전폐

3) 하반신의 완전마비

양측 하지기능 전폐, 방광기능 전폐, 직장조절불능, 성기능 등이 모두 전폐된 경우