제1장 보통약관의 공통사항

제2장 신체관련 보통약관
제1관 보험계약의 성립과 유지
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)
제 3 관 보험금등의 지급(회사의 주된 의무)
제 4 관 보험계약시 계약자의 계약전 알릴 의무 등
제 5 관 보험금 지급 등의 절차
제 6 관 분쟁조정 등

1. 상해관련 특별약관 일반조항

1-1. 일반상해사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-2. 일반상해후유장해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-3. 일반상해고도후유장해연금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-4. 교통상해사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-5. 교통상해후유장해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-6. 교통상해고도후유장해연금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-7. 대중교통이용중교통상해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-8. 상해가족생활자금 특별약관
1-9. 상해입원비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-10. 상해간병비 특별약관 【갱신계약】
1-11. 일반상해의료비 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
1-12. 상해입원의료비(3천만원한도, 5천만원한도, 1억원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
1-13. 상해입원의료비(1천만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
1-14. 상해통원의료비(10만원한도, 20만원한도, 30만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
1-15. 상해통원의료비(5만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
1-16. 상해골절수술위로금 특별약관 【갱신계약】
1-17. 화상발생위로금 특별약관 【갱신계약】
1-18. 중대한특정상해수술비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-19. 상해골절진단위로금 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
1-20. 상해입원비(4일이상) 특별약관 【갱신계약】
1-21. 상해골절진단위로금0704 특별약관 【갱신계약】
1-22. 학원폭력위로금0804 특별약관 【갱신계약】
1-23. 상해사망월수입보상자금0807 특별약관
1-24. 5대골절진단0910 특별약관 【갱신계약】
1-25. 5대골절수술0910 특별약관 【갱신계약】
1-26. 체증형상해입원비0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
1-27. 자동차사고부상위로금1001 특별약관 【세만기 및 갱신계약】

2. 질병관련 특별약관 일반조항

2-1. 질병사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-2. 개호간병연금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-3. 암진단급여금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-4. 고액치료비암진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-5. 암입원급여금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-6. 암수술급여금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-7. 2대질환진단급여금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-8. 특정질병치료비 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-9. 질병가족생활자금 특별약관
2-10. 질병입원비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-11. 질병간병비 특별약관 【갱신계약】
2-12. 질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-13. 질병입원의료비(1천만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-14. 질병통원의료비(10만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】

2-15. 질병통원의료비(5만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-16. 식중독위로금 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-17. 뇌졸중진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-18. 급성심근경색증진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-19. 질병특정고도장해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-20. CI보장급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-21. 질병입원의료비II(3천만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-22. 질병입원의료비II(1천만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-23. 질병통원의료비II(10만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-24. 질병통원의료비II(5만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-25. 암사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-26. 뇌출혈진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-27. 5대장기이식수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-28. 조혈모세포이식수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-29. 각막이식수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-30. 특정질병입원비 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-31. 특정질병수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-32. 질병입원비(4일이상) 특별약관 【갱신계약】
2-33. 암진단급여금0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-34. 암입원급여금0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-35. 암수술급여금0704 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
2-36. 암수술급여금0710 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-36-1. 암수술급여금I0710 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-36-2. 암수술급여금II0710 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-37. 질병입원의료비III(3천만원한도, 5천만원한도, 1억원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-38. 질병입원의료비III(1천만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-39. 질병통원의료비III(10만원한도, 20만원한도, 30만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-40. 질병통원의료비III(5만원한도) 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
2-41. 치매간병연금0807 특별약관(기가입자용)
2-42. 활동불능간병연금0807 특별약관
2-43. 중증치매간병연금0904 특별약관
2-44. 질병사망II0910 특별약관【세만기 및 갱신계약】
2-45. 질병후유장해0910 특별약관【세만기 및 갱신계약】
2-46. 질병50%이상후유장해연금0910 특별약관【세만기 및 갱신계약】
2-47. 체증형질병입원비0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-48. 성인특정질병입원일당1001 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
2-49. 식중독위로금II1004 특별약관 【갱신계약】

3. 재물관련 특별약관의 일반조항
3-1. 화재손해 특별약관 【갱신계약】
가. 특수건물풍수재손해보장추가 특별약관 【갱신계약】
3-2. 도난 특별약관 【갱신계약】
3-3. 골프용품손해위로금0804 특별약관 【갱신계약】

4. 배상책임관련 특별약관의 일반조항
4-1. 일상생활중 배상책임 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
4-2. 자녀배상책임 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
4-3. 임차자배상책임 특별약관 【갱신계약】
4-4. 신체손해 배상책임 특별약관 【갱신계약】
4-5. 가족일상생활중배상책임 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
4-6. 가족일상생활중배상책임II0710 특별약관 【갱신계약】
4-7. 일상생활중배상책임II0804 특별약관 【갱신계약】
4-8. 자녀배상책임II0804 특별약관 【갱신계약】
4-9. 화재대물배상책임0910 특별약관 【갱신계약】

5. 비용손해관련 특별약관의 일반조항

5-1. 벌금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-2. 방어비용 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-3. 방어비용(약식기소 제외)1001 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-4. 면허정지·취소위로금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-5. 긴급비용 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-6. 형사합의지원금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-7. 생활안정지원금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-8. 자동차보험료할증지원금 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-9. 형사합의사망지원금보장(자가용,영업용) 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-10. 형사합의진단지원금(자가용) 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-11. 형사합의진단지원금(영업용)0704 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-12. 형사합의진단지원금추가_자가용확장(영업용)0704 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-13. 자동차보험료할증지원금0804 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
5-14. 형사합의사망지원금(자가용,영업용)0804 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-15. 형사합의진단지원금(자가용)0804 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-16. 형사합의진단지원금(영업용)0804 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-17. 형사합의진단지원금추가_자가용확장(영업용)0804 특별약관(기가입자용) 【세만기 및 갱신계약】
5-18. 홀인원축하금0804 특별약관 【갱신계약】
5-19. 유괴및정신피해위로금0804 특별약관(기가입자용) 【갱신계약】
5-20. 선천이상수술비0804 특별약관 【갱신계약】
5-21. 신생아보장0804 특별약관
5-22. 교통사고처리지원금(자가용, 영업용)0910【세만기 및 갱신계약】
5-23. 교통사고처리지원금(자가용확장-영업용)0910(기가입자용)【세만기 및 갱신계약】
5-24. 중상해교통사고처리지원금(자가용, 영업용)0910【세만기 및 갱신계약】
5-25. 중상해교통사고처리지원금(자가용확장-영업용)0910(기가입자용)【세만기 및 갱신계약】
5-26. 유괴납치위로금0910 특별약관 【갱신계약】

7. 실손의료비0910 특별약관
8. 보험관리계좌 특별약관
가. 보험관리계좌특약 자동갱신 추가특별약관
9. 보장특약 자동갱신 특별약관
10. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관
11. 출생전 자녀 가입 특별약관
12. 계약기간연장 특별약관
13. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관
14. 특정부위 및 질병 부담보 특별약관
15. 선지급서비스 특별약관
16. 지정대리청구서비스 특별약관
17. 보험료 자동납입 특별약관
가. 초회보험료자동납입 추가특별약관
18. 신용카드 이용 보험료납입 특별약관
19. 계약분리 특별약관

무배당 LIG웰빙보험 보통약관

제1장 보통약관의 공통사항

제1조(총칙)

① 이 보험의 계약기간은 최초 계약성립일부터 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 본인의 계약연령(보험나이) 80세 또는 계약연령(보험나이) 100세 계약해당일 전일까지의 기간과 배우자의 계약연령(보험나이) 80세 또는 계약연령(보험나이) 100세 계약해당일의 전일까지의 기간 중 늦은날까지의 기간으로 합니다.

② 보험계약자는 이 보험의 보통약관 및 특별약관의 보험기간을 제1항에서 정한 계약기간 내에서 정할 수 있으며, 회사는 이를 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

제2조(보통약관의 가입)

① 보험계약자는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 신체관련 계약(이하 『계약』이라 합니다)은 반드시 가입하여야 하며, 제3장(자동차관련 보통약관)에서 정한 자동차관련 계약은 계약자의 선택에 의하여 가입할 수 있습니다.

② 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 사항은 제3장(자동차관련 보통약관)에 영향을 미치지 아니하며, 제3장(자동차관련 보통약관)에서 정한 사항은 제2장(신체관련 보통약관)에 영향을 미치지 아니합니다.

제3조(가입대상자)

① 제2장(신체관련 보통약관)의 계약은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 합니다.

1. 피보험자(보험대상자) 본인(이하 『본인』이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 『배우자』라 합니다)

② 제2장(신체관련 보통약관)의 최초 계약시 제1항의 가입대상자 중 본인만 가입한 경우에는 회사의 승낙을 얻어 계약기간 중에 배우자를 추가할 수 있습니다.

③ 제3장(자동차관련 보통약관)의 계약은 아래의 각 호에서 정한 자를 가입대상자로 합니다.

1. 본인
2. 배우자
3. 본인의 가족관계등록상 부모
4. 배우자의 가족관계등록상 부모
5. 본인 또는 배우자의 가족관계등록상 자녀

제2장 신체관련 보통약관

제1관 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 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 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 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 보험의 예정이율(계약체결 시점의 예정이율을 말하며, 이하 『예정이율』이라 합니다) + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하여 드립니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

<예정이율>
보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인율을"예정이율"이라고 합니다. 일반적으로, 예정이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

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 보험료를 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 보험료를 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 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 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, 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 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 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.

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

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. 계약기간
2. 보험료 수금방법, 납입기간 및 납입보험료
3. 보험가입금액
4. 계약자
5. 기타 계약의 내용

② 회사는 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제2항의 규정에 의하여 이 계약의 배우자가 추가되는 경우 위의 제1항 제1호의 규정을 적용하여 보험의 계약기간을 변경하여 드립니다.

③ 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.

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 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자가 제3항의 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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제4조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피

보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제7조(계약의 소멸)

① 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 따라 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 따라 피보험자(보험대상자)가 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보상책임은 소멸됩니다.

② 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 전부에 대하여 회사의 제1항의 보상책임이 소멸된 경우에는 이 계약은 소멸되며, 이 경우 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 사망당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 회사의 보장은 소멸됩니다.

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.

【보험나이 계산 예시】
생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제2관 보험료의 납입 등

제9조(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 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)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.

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

1. 제21조(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. 제23조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제10조(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)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제11조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(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 더한 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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제12조(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 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 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.
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 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 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제12조(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 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 보험의 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립), 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제21조(계약 전 알릴의무), 제23조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제25조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제14조(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 관 보험금의 지급

제15조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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)에는 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급하여 드립니다.
2. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.
3. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제15조(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.
2 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호 및 제3호를 적용합니다
3 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호 맞 제3호에서 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 후유장

해지급률을 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 사망보험금과 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다. 그러나 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제17조(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 제15조(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

제18조(해지환급금)

① 제2장(신체관련 보통약관)에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제20조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

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

제 4 관 계약 전 알릴의무 등

제21조(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.

제22조(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.

제23조(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 제21조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제22조(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(건강진

단서 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 제18조(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 제22조(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.

제24조(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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제25조(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 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 관 보험금 지급의 절차 등

제26조(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.

제27조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 동조 제2호 및 제3호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제28조(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.

제29조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(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.

제31조(보험금의 지급)
① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일이내에 지급하여 드립니다.
② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여 드립니다.
③ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자(보험대상자) (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 때에는 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 제23조(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.

제32조(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 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우의 해지환급금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

제33조(보험금 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 일시금에 지급하는 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 보험의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시에 지급하는 경우에는 이 보험의 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(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

제35조(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 제12조(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.

<보험계약대출이율>
해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제 6 관 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

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

제37조(관할법원)

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

제38조(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 및 보상하지 아니하는 손해 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제39조(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.

제40조(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.

제41조(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 제18조(해지환급금)에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제42조(예금보험기금에 의한 지급보장)
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제43조(준거법)
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

무배당 LIG웰빙보험 특별약관

1. 상해관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

상해관련 특별약관은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 상해관련 손해를 지급하여 드립니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하 『본인』이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 『배우자』라 합니다)
3. 본인의 가족관계등록상 부모
4. 배우자의 가족관계등록상 부모
5. 본인 또는 배우자의 가족관계등록상 자녀

제2조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 『보장변경』이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-1. 일반상해사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 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 가족관계 등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-2. 일반상해후유장해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸합니다

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
2. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제1호 및 제2호를 적용합니다

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 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.

③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성

별 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-3. 일반상해고도후유장해연금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고도후유장해연금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50% 이상장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 매년 사고발생 해당일에 이 특별약관의 보험가입금액의 10%를 10회에 걸쳐 고도후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

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 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

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

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 고도후유장해연금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해연금에서 이미 지급받은 고도후유장해연금을 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 고도후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해연금이 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 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 고도후유장해연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-4. 교통상해사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 사망보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 인한 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)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 정한 교통사고는 아래와 같은 사고를 말합니다.

- 자가용, 영업용
  1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고 우연한 자동차사고
  2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
  3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- 비운전자
  1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
  2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

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

④ 제2항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

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

⑤ 제2항에서 『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에는 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 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항 이외에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-5. 교통상해후유장해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다
② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

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)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 인한 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([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
2. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 정한 교통사고는 아래와 같은 사고를 말합니다.
- 자가용, 영업용
1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고
- 비운전자
1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

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

4 제2항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

5 제2항에서 『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호를 적용합니다

2 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호 및 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 장해판정시기가 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 차감

하여 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항 이외에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-6. 교통상해고도후유장해연금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 고도후유장해연금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 인한 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 50%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 매년 사고발생 해당일에 이 특별약관의 보험가입금액의 10%를 10회에 걸쳐 고도후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의

지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
② 제1항에서 정한 교통사고는 아래와 같은 사고를 말합니다.
1. 자동차를 운전하던 중에 급격하고 우연한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
3. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

- 비운전자
1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차 및 기타교통수단(적재물 포함)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하 『6종건설기계』라 합니다)를 말합니다. 다만 6종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 아니합니다.
③ 제1항의 기타교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함함), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
4. 6종 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타교통수단으로 보지 아니합니다)

④ 제1항에서 『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자(보험대상자)가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항을 적용합니다
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 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 고도후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해연금을 차감하여 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 고도후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해연금이 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 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 고도후유장해연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항 이외에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있는 동안 발생한 사고
2. 하역작업을 하는 동안 발생한 사고
3. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고
4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 사고

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-7. 대중교통이용중교통상해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 사망보험금 또는 제2호에서 정한 고도후유장해보험금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

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)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통이용중 교통사고로 인한 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)에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 드립니다.
2. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통이용중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.
3. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 대중교통이용중 교통사고로 인한 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 정한 대중교통이용중 교통사고는 아래와 같은 사고를 말합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 운전을 하고 있지 않는 상태로 피보험자(보험대상자)가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자(보험대상자)가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자(보험대상자)가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

③ 제2항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 시내버스, 농어촌버스, 마을버스, 시외버스 및 고속버스(전세버스 제외)
4. 여객자동차운수사업법 시행령 제3조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 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.

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호를 적용합니다

③ 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호 및 제3호에서 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 장해판정시기가 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는

더하지 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.

11 회사는 하나의 사고로 사망보험금과 일반후유장해보험금을 지급하여야 할 경우 이를 각각 지급합니다. 그러나 고도후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항 이외에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-8. 상해가족생활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

1 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 가족생활자금을 지급한 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보

험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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) 또는 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 매년 사고발생 해당일에 이 특별약관의 보험가입금액의 10%를 10회에 걸쳐 가족생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는자, 수익자 지정이 없을 때에는 사망의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 후유장해의 경우는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 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 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

③ 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.

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

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-9. 상해입원비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 사고일부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

② 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해입원비를 계속 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-10. 상해간병비 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 31일이상 입원하여 치료를 받은 때에는 하나의 상해사고에 대해 입원기간에 따라 아래와 같이 상해간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

입원일수	31일~60일	61일~90일	91일~120일	121일이상
지급금액	가입금액의 100%해당액 지급	가입금액의 100%해당액 추가지급	가입금액의 100%해당액 추가지급	가입금액의 100%해당액 추가지급

② 같은 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해간병비를 계속 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해간병비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의

공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-11. 일반상해의료비 특별약관 【갱신계약】
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며, 旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 의사의 치료를 받은 때에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담한 의료비 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 그러나 어떠한 경우에도 사고일부터 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 아니한 경우(자동차사고, 산업재해보상사고 등을 포함합니다)에는 발생한 의료비 총액의 50% 해당액을 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 아래의 각호에 해당하는 비용은 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 사고일로부터 180일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 일반상해의료비를 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항 또는 제2항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항 또는 제2항의 비용을 초과했을 때에는 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비 보험금을 지급합니다.

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

제3조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-12. 상해입원의료비(3천만원한도, 5천만원한도, 1억원한도) 특별약관 【갱신계약】

(이 특별약관은 『실손의료비 보장특약』으로 갱신시 『보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관』을 적용합니다.)

**(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
既가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)**

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해입원의료비(이하 『상해입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다) 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제1항, 제2항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 상해입원의료비 보상은 사고일부터 365일을 한도로 합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종사고일부터 계속중인 입원기간에 대한 상해입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해・질병・간병보험 및 손해보험의 종합・장기손해・개인연금・퇴직보험으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금이 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
5. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 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 지급하여 드립니다.)
3. 선박승무원, 어부, 사공 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
6. 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 지급하여 드립니다.
7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-13. 상해입원의료비(1천만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의

안, 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 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해입원의료비(이하 『상해입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)의 80%해당액과 제4호의 비용중 40% 해당액을 1사고당 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거지치 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1사고당 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다.

3 제1항, 제2항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 상해입원의료비 보상은 사고일부터 365일을 한도로 합니다.

4 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종사고일부터 계속중인 입원기간에 대한 상해입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

5 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금이 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
5. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 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 지급하여 드립니다.)
3. 선박승무원, 어부, 사공 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
6. 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 지급하여 드립니다.
7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

1-14. 상해통원의료비(10만원한도, 20만원한도, 30만원한도) 특별약관 【갱신계약】

(이 특별약관은 『실손의료비 보장특약』으로 갱신시 『보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관』을 적용합니다.)

(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해통원의료비(이하 『상해통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 제1항의 제1호, 제2호의 상해통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

③ 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 최고 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피

보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다.

4 제1항, 제2항, 제3항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 회사의 상해통원의료비 보상한도는 사고일로부터 365일을 한도로 통산 통원일수 30일까지로 합니다.

5 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 상해통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

6 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금이 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
5. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 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 지급하여 드립니다.)
3. 선박승무원, 어부, 사공 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
6. 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 지급하여 드립니다.
7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

1-15. 상해통원의료비(5만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 병원 또는 의원(한방병원, 한의원을 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 상해통원의료비(이하 『상해통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 제1항의 제1호, 제2호의 상해통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

③ 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 80%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거지치 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 상해통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 지급하여 드립니다.

④ 제1항, 제2항, 제3항에도 불구하고 하나의 사고(상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 사고로 봅니다)로 인한 회사의 상해통원의료비 보상한도는 사고일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 사고일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 상해통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금이 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 심신상실, 모든 정신질환 및 선천성 뇌질환
5. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개 포함), 유산 또는 외과적 수술, 그 밖의 의료처치. 그러나 회사가 부담하는 위험의 결과로 상해를 치료하는 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
8. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

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

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조정, 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 지급하여 드립니다.)
3. 선박승무원, 어부, 사공 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 상해통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 상해를 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
3. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
5. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비
6. 치과질환 치료시의 의치비용, 치과보철비용(크라운, 임플란트). 다만, 국민건강보험급여로 처리되는 비용은 지급하여 드립니다.
7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등). 상당한 사유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-16. 상해골절수술위로금 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 【별표 2】(골절분류표)에서 정한 골절(이하 『골절』이라 합니다) 을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 상해골절수술위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 정한 사유로 생긴 손해
   가. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 (단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
   나. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-17. 화상발생위로금 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 【별표 3】(화상분류표)에 정한 화상으로 진단 확정된 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은 【별표 3】(화상분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-18. 중대한특정상해수술비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 중대한특정상해수술비를 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로『개두(開頭)수술』, 『개흉(開胸)수술』 또는 『개복(開腹)수술』을 받은 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 동일한 사고로 인하여 중대한특정상해수술비 지급사유가 두 종류 이상 발생한 경우에도 하나의 사유에 의한 중대한특정상해수술비만을 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 『뇌손상』이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌 손상【별표 4】(중대한특정상해 분류표)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【별표 4】(중대한특정상해 분류표)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 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
2. 『개흉(開胸)수술』이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 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 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 아니합니다.

5 제1항 및 제4항에서 『수술』이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제3조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-19. 상해골절진단위로금 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며, 당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 【별표 2】(골절분류표)에서 정한 골절(이하 『골절』이라 합니다)로 진단확정시 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 상해골절진단위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에서 정한 사항
2. 아래에 정한 사유로 생긴 손해
   가. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 (단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
   나. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

1-20. 상해입원비(4일이상) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 사고일부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

② 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해입원비를 계속 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-21. 상해골절진단위로금0704 특별약관 【갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 【별표 28】(골절분류표II)에서 정한 골절(치아파절 제외)(이하 『골절』이라 합니다)로 진단확정시 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 상해골절진단위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-22. 학원폭력위로금0804 특별약관 【갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 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 특별약관 보험가입금액 전액을 학원폭력위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

2 다만, 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 아래와 같

은 사유로 발생한 폭력피해에 대하여는 제1항의 학원폭력위로금을 지급하여 드리지 아니합니다.
① 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 피보험자(보험대상자)의 친족에 의한 사고
② 피보험자(보험대상자)가 폭력행위등의 처벌에 관한 법률 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동중에 발생된 사고

제3조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-23. 상해사망월수입보상자금0807 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

1 한 번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 월수입보상자금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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) 또는 상해로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 지급사유 발생일부터 사고발생일이 속한 이 특별약관의 경과기간에 해당하는 아래에 정한 월수입보상기준금액을 매월 월수입보상자금으로 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 사망의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남은 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 확정 지급하여 드립니다.

(예시 기준 금액 : 보험가입금액 10만원, 상승률 5.0%)

경과기간	월수입보상기준금액(원)	경과기간	월수입보상기준금액(원)
가입~1년미만	100,000	33년~34년미만	500,319
1년~2년미만	105,000	34년~35년미만	525,335
2년~3년미만	110,250	35년~36년미만	551,602
3년~4년미만	115,763	36년~37년미만	579,182
4년~5년미만	121,551	37년~38년미만	608,141
5년~6년미만	127,628	38년~39년미만	638,548
6년~7년미만	134,010	39년~40년미만	670,475
7년~8년미만	140,710	40년~41년미만	703,999
8년~9년미만	147,746	41년~42년미만	739,199
9년~10년미만	155,133	42년~43년미만	776,159
10년~11년미만	162,889	43년~44년미만	814,967
11년~12년미만	171,034	44년~45년미만	855,715
12년~13년미만	179,586	45년~46년미만	898,501
13년~14년미만	188,565	46년~47년미만	943,426
14년~15년미만	197,993	47년~48년미만	990,597
15년~16년미만	207,893	48년~49년미만	1,040,127
16년~17년미만	218,287	49년~50년미만	1,092,133
17년~18년미만	229,202	50년~51년미만	1,146,740
18년~19년미만	240,662	51년~52년미만	1,204,077
19년~20년미만	252,695	52년~53년미만	1,264,281
20년~21년미만	265,330	53년~54년미만	1,327,495
21년~22년미만	278,596	54년~55년미만	1,393,870
22년~23년미만	292,526	55년~56년미만	1,463,563
23년~24년미만	307,152	56년~57년미만	1,536,741
24년~25년미만	322,510	57년~58년미만	1,613,578
25년~26년미만	338,635	58년~59년미만	1,694,257
26년~27년미만	355,567	59년~60년미만	1,778,970
27년~28년미만	373,346	60년~61년미만	1,867,919
28년~29년미만	392,013	61년~62년미만	1,961,315
29년~30년미만	411,614	62년~63년미만	2,059,380
30년~31년미만	432,194	63년~64년미만	2,162,349
31년~32년미만	453,804	64년~65년미만	2,270,467
32년~33년미만	476,494		

2. 제1호에도 불구하고 이 특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 월수입보상자금의 지급사유가 발생한 경우에는 월수입보상자금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 월수입보상자금의 지급기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 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.

② 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 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

③ 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 정해

진 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 월수입보상자금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

1-24. 5대골절진단위로금0910 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 【별표 34】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절(이하 『5대골절』이라 합니다)로 진단확정시 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 5대골절진단위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-25. 5대골절수술위로금 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 【별표 34】(5대골절분류표)에서 정한 5대골절(이하 『5대골절』이라 합니다) 을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 5대골절수술위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 하나의 사고로 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 정한 사유로 생긴 손해
   가. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 (단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
   나. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-26. 체증형상해입원비0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 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 61일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 61일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 체증형 상해입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 사고일부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

입원일수	1일당 지급금액
61일이상	이 특별약관의 보험가입금액 100%
91일이상	이 특별약관의 보험가입금액 100%추가지급
121일이상	이 특별약관의 보험가입금액 100%추가지급

② 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해입원비를 계속 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허 상태에서 운전하던 중 사고

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

1-27. 자동차사고부상위로금1001 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 교통사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 자동차보험(공제 포함)에서 보험금을 지급받은 경우 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【별표 35】(자동차사고 부상등급표) 참조)에서 정한 상해등급에 따라 아래와 같이 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

부상등급	지급기준	지급금액 예시
1급	부상등급 I 보험가입금액 300만원기준	600만원
2 ~ 3급		300만원
4급	부상등급 II 보험가입금액 300만원 기준	300만원
5급		150만원
6급		80만원
7급		40만원
8 ~ 11급		20만원
12 ~ 14급		10만원

2 제1항의 교통사고라 함은 아래에서 정한 사고(이하 『교통사고』라 합니다)를 말합니다.

- 자가용, 영업용

① 피보험자(보험대상자)가 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차운전중 교통사고』라 합니다)

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)

③ 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

- 비운전자

① 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 『탑승중 교통사고』라 합니다)

② 피보험자(보험대상자)가 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 아니한 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고(이하 『비탑승중 교통사고』라 합니다)

3 제1항의 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 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.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)에 정한 사항
2. 아래에 열거한 행위를 하는 동안에 생긴 사고
   가. 시운전, 경기(연습을 포함) 또는 흥행(연습을 포함)을 위하여 운행중의 자동차 및 기타교통수단에 탑승(운전을 포함함)하고 있는 동안 발생한 사고
   나. 하역작업을 하는 동안 발생한 사고
   다. 자동차 및 기타교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 사고
   라. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용되는 동안 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 상해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2. 질병관련 특별약관 일반조항

제1조(가입대상자)

질병관련 특별약관은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 질병관련 손해를 지급하여 드립니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하 『본인』이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 『배우자』라 합니다)
3. 본인의 가족관계등록상 부모
4. 배우자의 가족관계등록상 부모
5. 본인 또는 배우자의 가족관계등록상 자녀

제2조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 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.

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

제3조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 『보장변경』이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

2-1. 질병사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 보험기간중에 사망하거나 또는 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는자, 수익자 지정이 없을 때에는 사망의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 80%이상에 해당하는 후유장해가 남은 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

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 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑥ 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.

⑦ 회사는 하나의 진단확정된 질병으로 80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑪ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑫ 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.
⑬ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제12항에 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
② 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

제4조(특별약관의 갱신)

⑴ 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
⑵ 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-2. 개호간병연금 특별약관
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

⑴ 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 개호간병연금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
⑵ 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
⑶ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

⑴ 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 『개호(간병)상태』로 진단확정되고(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다) 그 날을 포함하여 180일 이상 『개호(간병)상태』가 계속되었을 경우에는 개호(간병)상태 진단후 개호(간병)발생 1회에 한하여 180일째 되는 날을 기준으로 아래에 정한 금액을 개호간병연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

지급금액	특별약관 보험가입금액의 10% 해당액
지급시기 및 지급횟수	개호(간병)상태 진단후 180일째 되는 날부터 매월 확정 지급(60회)

2 제1항의 개호간병연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)가 원하는 경우 이 특별약관의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.
3 회사는 제1항에 따라 『개호(간병)상태』로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 『개호(간병)상태』로 진단확정된 날을 포함하여 180일 이상 『개호(간병)상태』가 계속되었을 경우 제1항에 따라 지급하여 드립니다.
4 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
6 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사항으로 보험금지급사유가 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요
3. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
   다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우에는 제외합니다.

제4조(개호(간병)상태의 정의 및 진단확정)

1 『개호(간병)상태』라 함은 질병이나 신체적 부상·쇠진(衰盡) 등으로 인하여 일상생활을 스스로 할 수 없는 상태로서 아래 각호중 하나에 해당되는 상태를 말합니다.

1. 질병이나 신체적 부상·쇠진(衰盡)으로 종일 누워 있으면서 다음 ㉮를 포함하고 ㉯의 ㉠~㉤중 어느 하나에 해당하는 상태를 말합니다.
   ㉮ 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제1항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
   ㉯ 다음의 ㉠~㉤중 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 항상 타인의 간병이 필요한 경우
   ㉠【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   ㉡【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 동등하다고 같은 정도의 상태
   ㉢【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   ㉣【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
2. 【별표 7】(치매 분류표)에 정한 치매로 진단확정되고 또한 치매에 의하여 다음의 ㉮, ㉯중 어느 하나 이상에 해당하는 상태를 말합니다.
   ㉮ 다음의 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 각 항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 한 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

㉠【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제1항(보행을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉡【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항(음식물을 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉢【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉣【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉤【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
㉮【별표 6】(문제행동 분류표)에 규정한 통상적인 일상생활을 일탈한 문제행위 중 어느 하나의 행위 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 문제행위가 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

2 제1항 제2호의 『치매』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-3. 암진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단급여금 중 『암』으로 인한 진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다. 다만, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 인한 진단급여금만 지급한 경우에는 소멸되지 아니합니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

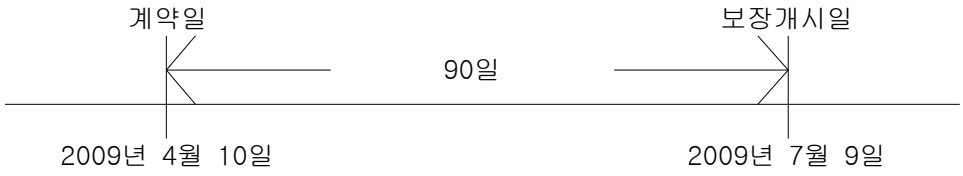
3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작되며 마지막 날에 끝납

니다. 단, 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작되며 마지막 날에 끝납니다.
2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우 또는 보장의 시기 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 각각 아래에 정한 금액을 진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암	가입금액의 50%	가입금액의 100%
기타피부암, 상피내암, 경계성종양	가입금액의 10%	가입금액의 20%

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 각각 아래에 정한 금액을 진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암	가입금액의 100%
기타피부암, 상피내암, 경계성종양	가입금액의 20%

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 위에서 정한 『암』으로 인한 진단급여금을 지급받은 이후에 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단확정시에는 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 인한 진단급여금은 지급되지 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 제1항 및 제2항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
2 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
5 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-4. 고액치료비암진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 고액치료비암으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 고액치료비암진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 고액치료비암에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작됩니다. 단, 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 고액치료비암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작됩니다.
2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 고액치료비암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 고액치료비암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 고액치료비암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 고액치료비암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 고액치료비암진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
고액치료비암 진단급여금	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액의 100%

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 고액치료비암으로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 고액치료비암진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장

하여 드립니다.
5 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(고액치료비암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『고액치료비암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 고액치료비암으로 분류되는 질병【별표 11】(고액치료비암 분류표)을 말합니다. 다만, 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
2 고액치료비암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 고액치료비암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-5. 암입원급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

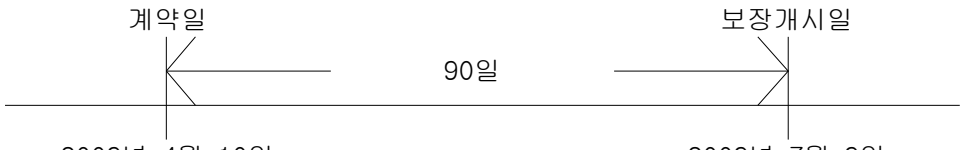
제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에

대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작되며 마지막 날에 끝납니다. 단, 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작되며 마지막 날에 끝납니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하거나 또는 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때 각각 3일초과 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암	가입금액의 100%
상피내암, 기타피부암, 경계성종양	가입금액의 20%

2 제1항의 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

3 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나, 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 입원이라도, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

4 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양입원급여금은 계속 지급하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

6 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사

는 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
7 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.
9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
2 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
5 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서 『암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원』이란 의사에 의해 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 진단된 경우에는 이는 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.
3 이 특별약관에 있어서 『계속입원』이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-6. 암수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

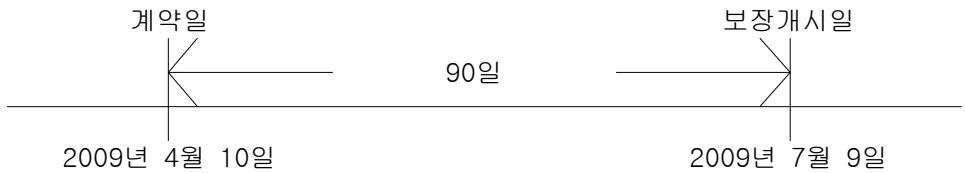
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작되며 마지막 날에 끝납니다. 단, 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작되며 마지막 날에 끝납니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일

이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받거나 또는 보험기간 중 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암	가입금액의 100%
상피내암, 기타피부암, 경계성종양	가입금액의 20%

② 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

⑤ 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및** 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-7. 2대질환진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며, 당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 2대질환진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중 또는 급성심근경색증(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 2대질환진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
2대질환진단급여금	가입금액의 50%	가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 2대질환진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
③ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『뇌졸중』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 12】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌졸중의 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 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

3 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『급성심근경색증』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 13】(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 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

3 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및** 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-8. 특정질병치료비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 특정질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단이 확정되고 그 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받거나 수술을 받은 경우에는 이 특별약관에 따

라 지급하여 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 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
5 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『특정질병』이라 함은 『남성』의 경우에는 7대질병(심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장궤양)을 말하며, 『여성』의 경우에는 여성특정질병(심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 콩팥(신장)기능상실)과 부인과질병 및 여성만성질병(골다공증, 관절염, 상피내의 신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애)을 말합니다. (【별표 14】(특정질병분류표) 참조)

2 제1항의 『특정질병』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, I60~I69의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, I20~I25의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 특정질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 『특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원』이란 의사에 의해 특정질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 특정질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 특정질병의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 특정질병으로 진단된 경우에는 이는 특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제6조(입원급여금)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 특정질병으로 진단이 확정되고 그 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때 3일초과 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험

금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		지급액
남성	7대질병	보험가입금액의 3% 해당액
여성	여성특정질병, 부인과질병, 여성만성질병	보험가입금액의 3% 해당액

2 제1항의 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
3 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 특정질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 특정질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 합니다.
4 제1항의 입원급여금의 경우 피보험자(보험대상자)가 특정질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 입원급여금은 계속 지급하여 드립니다.
5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

제7조(수술급여금)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간중에 특정질병으로 진단이 확정되고 그 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		지급액
남성	7대질병	보험가입금액의 200% 해당액
여성	여성특정질병	보험가입금액의 200% 해당액
	부인과질병, 여성만성질병	보험가입금액의 50% 해당액

제8조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및** 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-9. 질병가족생활자금 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

1 한 번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에 따라 가족생활자금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보

험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)의 직접결과로써 사망하거나 또는 그 질병으로 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 매년 보험금 지급사유 발생 해당일에 이 특별약관의 보험가입금액의 10%를 10회에 걸쳐 가족생활자금으로 보험수익자(보험금을 받는자, 수익자 지정이 없을 때에는 사망의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 80%이상에 해당하는 후유장해가 남은 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

② 제1항의 가족생활자금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 특별약관의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

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 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 회사는 하나의 진단확정된 질병으로 80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망

보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑬ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-10. 질병입원비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 때에는 최초 입원일부터 최고 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.
② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 질병입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원비를 계속 지급하여 드립니다.
④ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
⑤ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑥ 제5항에도 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.
⑦ 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니

다.
⑧ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 제2장 신체관련 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 의료비로 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-11. 질병간병비 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 31일 이상 입원하여 치료를 받은 때에는 입원일수에 따라 아래의 금액을 질병간병비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

입원일수	31일~60일	61일~90일	91일~120일	121일이상
지급금액	가입금액의 100%해당액 지급	가입금액의 100%해당액 추가지급	가입금액의 100%해당액 추가지급	가입금액의 100%해당액 추가지급

2 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 질병간병비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.

3 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 질병간병비를 계속 지급하여 드립니다.

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

5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

7 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

8 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 제2장 신체관련 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-12. 질병입원의료비(3천만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 『질병입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다) 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 보험계약청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제2장(신체관련 보통약관) 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회

복))에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제7항의 보험계약 청약일로 하여 제1항 내지 제8항을 적용합니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해・질병・간병보험 및 손해보험의 종합・장기손해・개인연금・퇴직보험으로 합니다.

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
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 15】(질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
4. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
6. 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
7. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
8. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
9. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-13. 질병입원의료비(1천만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 『질병입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)의 80%해당액과 제4호의 비용 중 40% 해당액을 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종

류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
8 제7항에도 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.
9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

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
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 15】(질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
4. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
6. 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
7. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
8. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
9. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-14. 질병통원의료비(10만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원은 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

3 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 지급하여 드립니다.

4 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 지나서 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 질병통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

6 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.
7 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.
9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 16】(질병통원의료비에서 보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 보상하지 아니하는 질병 참조)
1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
4. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
5. 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
6. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
7. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
8. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
9. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술

6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-15. 질병통원의료비(5만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원은 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

2 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

3 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 80%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 지급하여 드립니다.

4 제1항, 제2항 및 제4항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 통산통원일

수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 지나서 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

5 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 질병통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

6 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

7 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 16】(질병통원의료비에서 보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 신경계의 질환으로서 유전적질환, 퇴행성질환, 간질, 편두통, 수면장애, 신경장애, 근육질환, 뇌성마비 등
4. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
5. 요추 및 기타추간판 장애(디스크)
6. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
7. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
8. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
9. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-16. 식중독위로금 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며, 既가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 식중독이 발생하고 그 직접적인 결과로 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우에 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 입원을 하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.
② 제1항의 경우 동일한 식중독으로 인하여 2회이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나, 동일한 식중독으로 인한 입원이라도 해당하는 식중독위로금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 식중독위로금의 경우 제1항의 규정을 따릅니다.

제3조(식중독의 정의)

이 특별약관에 있어서 『식중독』이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표 17】(식중독 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격

을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-17. 뇌졸중진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
뇌졸중진단급여금	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

③ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『뇌졸중』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 12】(뇌졸중 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌졸중의 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 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-18. 급성심근경색증진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
급성심근경색증진단급여금	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급성심근경색증진단급여금으로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

③ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

④ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동

안(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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

6 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『급성심근경색증』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 13】(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, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-19. 질병특정고도장해 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병특정고도장해보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 아래의 어느 하나에 해당된 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병특정고도장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

1. 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 【별표 18】(질병특정고도장해 판정기준)에서 정한 장해상태(이하 『질병특정고도장해』라 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

② 제1항 제1호에서 정한 『질병특정고도장해』라 함은 【별표 18】(질병특정고도장해 판정기준)의 1.에서 정한 장해상태가 되었을 경우 및 【별표 18】(질병특정고도장해 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.

③ 회사는 피보험자(보험대상자)의 장해상태가 확정되지 않은 상태에서 보험기간이 종료된 경우에는 최초진단확정일로부터 180일이 지난 날의 의사진단에 기초하여 장해상태를 결정합니다.

④ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사항으로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
2. 피보험자(보험대상자)의 선천적 기형, 선천적 질환, 정신질환 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-20. CI보장급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제4조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 CI보장급여금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 『중대

한 질병 및 수술』에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『중대한 질병 및 수술 보장개시일』이라 합니다)에 시작됩니다.
2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 중대한 질병 및 수술 보장개시일 [예시] >



제3조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.
2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 『중대한 질병 및 수술 보장개시일』이후에 제5조(중대한 질병의 정의 및 진단확정)에서 정한『중대한 질병』으로 진단 확정되거나 제6조(중대한 수술의 정의)에서 정한『중대한 수술』을 받은 경우(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 CI보장급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
CI보장급여금	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(중대한 질병의 정의 및 진단확정)에서 정한『중대한 질병』으로 진단 확정되거나 제6조(중대한 수술의 정의)에서 정한『중대한 수술』을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 CI보장급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
3 제1항의 경우 계약자는 피보험자(보험대상자)가 『중대한 질병 및 수술 보장개시일』이전에 『중대한 질병』으로 진단 확정되거나 『중대한 수술』을 받는 경우에는 진단일 또는 수술일로부터 90일 이내에 계약의 취소를 선택할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
4 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정

한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(중대한 질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서『중대한 질병』이라 함은 【별표 19】에서 정한『중대한 암』,『중대한 뇌졸중』,『중대한 급성심근경색증』,『말기 신부전증』,『말기 간경화』,『말기 폐질환』 및『중대한 재생불량성 빈혈』을 말합니다.

2『중대한 질병』의 진단 확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하『의사』라고 합니다)가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가『중대한 질병』의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

3 제2항에도 불구하고 제1항에서 정한 『중대한 질병』중 『중대한 암』은 종양전문의나 병리학전문의(해부병리 또는 임상병리 전문의를 말합니다), 『중대한 재생불량성빈혈』은 혈액학 전문의에 의한 진단확정에 한합니다.

4 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조(중대한 수술의 정의)

이 특별약관에 있어서『중대한 수술』이라 함은 【별표 20】에서 정한『관상동맥(심장동맥)우회술』,『심장판막수술』및 『대동맥류인조혈관치환수술』을 말합니다.

제7조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-21. 질병입원의료비II(3천만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 『질병입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다) 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 3천만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 3천만원을 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

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
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 21】(질병입원의료비II에서 보상하지 아니하는 질병)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
5. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
6. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
7. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-22. 질병입원의료비II(1천만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 『질병입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

② 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)의 80%해당액과 제4호의 비용 중 40% 해당액을 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다.

③ 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

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
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
8. 제7호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
9. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
10. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 21】(질병입원의료비Ⅱ에서 보상하지 아니하는 질병)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
5. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
6. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
7. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-23. 질병통원의료비Ⅱ(10만원한도) 특별약관 【갱신계약】

(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원은 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

③ 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 최고 10만원을 한도로 지급하여 드립니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 지나서 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 질병통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 제7항에도 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.

⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 22】(질병통원의료비Ⅱ에서 보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
5. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-24. 질병통원의료비II(5만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원은 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

③ 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 80%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 지급하여 드립니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 지나서 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 질병통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동

안(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.

9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(단, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 지급하여 드립니다.)
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 22】(질병통원의료비Ⅱ에서 보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
5. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 선천성기형, 변형 및 염색체 이상
7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

2-25. 암사망 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제7조(암, 기타피부암 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암사망보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항 이외의 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작됩니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되거나, 또는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상샘암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상샘암으로 인하여 사망하거나 또는 그 암, 기타피부암 또는 갑상샘암으로【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 암사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는자, 수익자 지정이 없을 때에는 사망의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 80%이상에 해당하는 후유장해가 남은 경우에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제5조(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 장해지급률로 하여 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

② 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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 회사는 하나의 진단확정된 질병으로 80%이상후유장해보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.

⑩ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 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 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑬ 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제7조(암, 기타피부암 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 "암"이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표 8】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에 있어서 "기타피부암"이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에 있어서 『갑상샘암』이라 함은 제5차 표준질병사인분류에서 C73(갑상샘 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
④ 『암』, 『기타피부암』 및 『갑상샘암』의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-26. 뇌출혈진단급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 뇌출혈진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한

금액을 뇌출혈진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
뇌출혈진단급여금	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액의 100%

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌출혈진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
3 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
5 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
6 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『뇌출혈』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 27】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 뇌출혈의 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 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자(보험대상자)가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제외합니다.

2-27. 5대장기이식수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 5대장기이식수술급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는

『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 『사고』라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해 또는 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 5대장기이식수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 『5대장기』라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 『5대장기이식수술』이라 함은 『장기 등 이식에 관한 법률』에서 정한 절차 및 방법에 따라 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포이식수술은 보장에서 제외합니다.

③ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-28. 조혈모세포이식수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 조혈모세포이식수술급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)을 받았을 때 이 특별약관 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 조혈모세포이식수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 『조혈모세포이식』이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생되는 골수부전상태를 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 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 『자가(autologous)골수조혈모세포이식』이라 함은 피보험자(보험대상자)의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자(보험대상자)에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
4. 『자가(autologus)말초조혈모세포이식』이라 함은 피보험자(보험대상자)의 말초혈액내 조혈모세포를 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.

③ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-29. 각막이식수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 각막이식수술급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 『사고』라 합니다)로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 장기수혜자로서 각막이식수술(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)을 받았을 때 이 특별약관 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 각막이식수술급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에서 『각막이식수술』이라 함은 『장기 등 이식에 관한 법률』에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자(보험대상자))에게 이식하는 수술을 말합니다.

③ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑤ 제4항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑥ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.

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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-30. 특정질병입원비 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 특정질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단이 확정되고 그 특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때 3일 초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 특정질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
② 제1항의 특정질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 특정질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 특정질병에 대한 입원이라도 입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 합니다.
④ 제1항의 입원비의 경우 피보험자(보험대상자)가 특정질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 특정질병입원비는 계속 지급하여 드립니다.
⑤ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 특정질병입원비의 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 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정

한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『특정질병』이라 함은 『남성』의 경우에는 7대질병(심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장궤양)을 말하며, 『여성』의 경우에는 여성특정질병(심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 콩팥(신장)기능상실)과 부인과질병 및 여성만성질병(골다공증, 관절염, 상피내의 신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애)을 말합니다. (【별표 14】(특정질병 분류표) 참조)

2 제1항의 『특정질병』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, I60~I69의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, I20~I25의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 특정질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2 이 특별약관에 있어서 『특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원』이란 의사에 의해 특정질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 특정질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 특정질병의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 특정질병으로 진단된 경우에는 이는 특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-31. 특정질병수술급여금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간중에 특정질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단이 확정되고 그 특정질병의 치료를 직접적인 목적으

로 수술을 받은 때에 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		지급액
남성	7대질병	보험가입금액의 200% 해당액
여성	여성특정질병	보험가입금액의 200% 해당액
	부인과질병, 여성만성질병	보험가입금액의 50% 해당액

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
5 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특정질병의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『특정질병』이라 함은 『남성』의 경우에는 7대질병(심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 고혈압, 당뇨병, 만성하기도질환, 위궤양 및 십이지장궤양)을 말하며, 『여성』의 경우에는 여성특정질병(심장질환, 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 위궤양 및 십이지장궤양, 콩팥(신장)기능상실)과 부인과질병 및 여성만성질병(골다공증, 관절염, 상피내의 신생물, 양성신생물, 유방의 장애, 여성골반내 장기의 염증성질환, 여성생식기의 비염증성 장애)을 말합니다. (【별표 14】(특정질병분류표) 참조)
2 제1항의 『특정질병』의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, I60~I69의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을, I20~I25의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지

급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-32. 질병입원비(4일이상) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 3일 초과 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.
② 제1항의 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.
③ 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 다만, 질병입원비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다.
④ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원비를 계속 지급하여 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 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 제2장 신체관련 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 의료비로 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-33. 암진단급여금0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 진단급여금 중 『암』으로 인한 진단급여금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다. 다만, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 인한 진단급여금만 지급한 경우에는 소멸되지 아니합니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

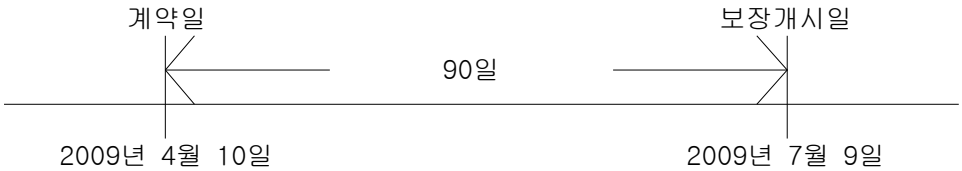
③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작됩니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양의 경우 및 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작됩니다.

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우 또는 보험기간 중 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 각각 아래에 정한 금액을 진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암	이 특별약관의 보험가입금액의 10%	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단확정시에는 최초 1회의 진단에 한하여 각각 아래에 정한 금액을 진단급여금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
기타피부암, 상피내암, 경계성종양 갑상샘암	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

3 제1항 및 제2항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 위에서 정한 『암』으로 인한 진단급여금을 지급받은 이후에 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단확정시에는 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암으로 인한 진단급여금은 지급되지 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 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑥ 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑦ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
② 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
③ 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
④ 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
⑤ 이 특별약관에 있어서 『갑상샘암』이라 함은 제5차 표준질병사인분류에서 C73(갑상샘 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
⑥ 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-34. 암입원급여금0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

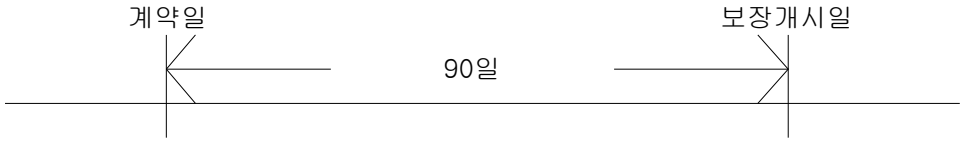
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작됩니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양의 경우 및 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작됩니다.

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하거나 또는 보험기간 중 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하였을 때 각각 3일초과 1일당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
상피내암, 기타피부암, 경계성종양 갑상샘암	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

② 제1항의 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 합산하고

제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암에 대한 입원이라도 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
4 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암에 대한 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암입원급여금은 계속 지급하여 드립니다.
5 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 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 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
8 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
9 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.
2 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어서 『갑상샘암』이라 함은 제5차 표준질병사인분류에서 C73(갑상샘 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
6 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 이 특별약관에 있어서 『암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원』이란 의사에 의해 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘

암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단된 경우에는 이는 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

3 이 특별약관에 있어서 『계속입원』이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-35. 암수술급여금0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작되며 마지막 날에 끝납니다. 단, 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작되며 마지막 날에 끝납니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받거나 또는 보험기간 중 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암	가입금액의 100%
상피내암, 기타피부암, 경계성종양 갑상샘암	가입금액의 20%

② 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

④ 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
4 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
5 이 특별약관에 있어서 『갑상샘암』이라 함은 제5차 표준질병사인분류에서 C73(갑상샘 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
6 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-36. 암수술급여금0710 특별약관

2-36-1. 암수술급여금 I 0710 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은

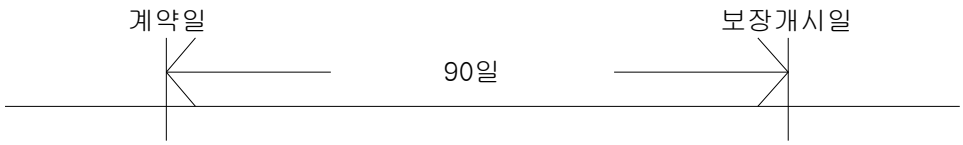
소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작합니다. 단, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암, 경계성종양의 경우 및 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세미만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받거나 또는 보험기간 중 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암수술급여금 I	이 특별약관의 보험가입금액의 20%

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

5 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

② 이 특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표 9】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.

④ 이 특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표 10】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에 있어서 『갑상샘암』이라 함은 제5차 표준질병사인분류에서 C73(갑상샘 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-36-2. 암수술급여금II0710 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(계약의 무효)

무배당 LIG웰빙보험 질병관련 특별약관 일반조항 제2조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에 피보험자(보험대상자)가 계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에서 정한 암보장개시일의 전일 이전에 제6조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정되는 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 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.

제2조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 암수술급여금Ⅱ가 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

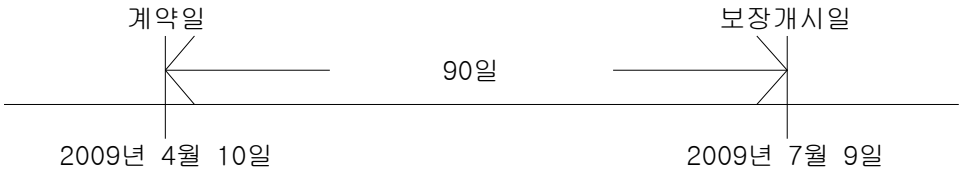
3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

1 이 특별약관에 대한 회사의 보장은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 사항 이외에 암에 대한 회사의 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다)의 첫날부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날(이하 『암보장개시일』이라 합니다)에 시작됩니다. 단, 계약일 현재 보험나이 15세이만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장은 보험기간의 첫날에 시작됩니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 암보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

< 암의 보장개시일 [예시: 15세이상 기준] >



제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항을 적용합니다.

2 제1항에도 불구하고 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 따라 보장이 자동갱신되는 경우 부활(효력회복)되는 계약의 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 단, 부활(효력회복)일 현재 보험나이 15세이만 피보험자(보험대상자)의 경우 암에 대한 회사의 보장개시는 부활(효력회복)일로 합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 암보장개시일 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 이후 암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	지급금액
암수술급여금Ⅱ	이 특별약관의 보험가입금액의 80%

2 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장

하여 드립니다.
4 제3항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
5 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(암의 정의 및 진단확정)

1 이 특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표 8】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제7조(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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-37. 질병입원의료비III(3천만원한도, 5천만원한도, 1억원한도) 특별약관 【갱신계약】

(이 특별약관은 『실손의료비 보장특약』으로 갱신시 『보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관』을 적용합니다.)

**(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)**

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 『질병입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다) 전액과 제4호의 비용중 50% 해당액을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 40% 해당액을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다.

3 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

4 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

5 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

6 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

7 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

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. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 29】(질병입원의료비III에서 보상하지 아니하는 질병)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
5. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
6. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
7. 선천성뇌질환
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-38. 질병입원의료비III(1천만원한도) 특별약관 【갱신계약】

(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병입원의료비(이하 『질병입원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 입원실료 : 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험 환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대 등
2. 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등
3. 수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
4. 병실료차액 : 실제 사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

2 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 제1항의 제1호, 제2호, 제3호의 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)의 80%해당액과 제4호의 비용 중 40% 해당액을 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원의료비 총액의 32% 해당액을 1천만원을 한도로 지급하여 드립니다.

3 제1항, 제2항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 질병입원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 입원이라도 질병입원의료비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

4 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일로부터 계속중인 입원기간에 대한 질병입원의료비를 365일을 한도로 지급하여 드립니다.

5 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 여러종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원하거나, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 동일질병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

6 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

7 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

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. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병입원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

2 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 29】(질병입원의료비III에서 보상하지 아니하는 질병)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환
5. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
6. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
7. 선천성뇌질환
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

3 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병입원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 입원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-39. 질병통원의료비III(10만원한도, 20만원한도, 30만원한도) 특별약관 【갱신계약】

(이 특별약관은 『실손의료비 보장특약』으로 갱신시 『보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제

2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관』을 적용합니다.)

(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원은 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

③ 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 100%를 곱한 금액을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 40%를 곱한 금액을 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 지나서 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 질병통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 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. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 30】(질병통원의료비III에서 보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
5. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 선천성뇌질환
7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재 등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-40. 질병통원의료비III(5만원한도) 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 및 치과병원, 치과의원은 제외합니다)등에 통원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 질병통원의료비(이하 『질병통원의료비』라 합니다)를 지급하여 드립니다.

1. 통원제비용 : 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료,재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
2. 통원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비

② 제1항 제1호, 제2호의 통원의료비에는 의약분업에 따라 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담하는 다음의 비용을 포함합니다.

1. 병원 또는 의원의 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 약제비
2. 제1호에 대한 약사조제료

③ 회사는 통원 1일당 제1항, 제2항의 비용 중 국민건강보험법에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하는 비용(국민건강보험법에서 정한 요양급여중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 80%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 보상해 드립니다. 위 공제금액의 적용은 1일당입니다. 다만, 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원 1일당 제1항, 제2항의 발생 통원의료비 총액에 대하여 5천원을 공제한 금액에 대하여 32%를 곱한 금액을 최고 5만원을 한도로 지급하여 드립니다.

④ 제1항, 제2항 및 제3항에도 불구하고 동일질병 또는 하나의 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 동일질병으로 간주하며, 동일질병으로 2회이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봅니다)로 인한 회사의 질병통원의료비 보상한도는 진단확정일로부터 365일을 한도로 통산통원일수 30일까지로 합니다. 다만, 동일질병에 의한 통원이라도 질병통원의료비가 지급된 최종통원일로부터 180일이 지나서 개시한 통원은 새로운 발병으로 간주하여 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 보장개시일 이후 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 최종 진단확정일부터 365일이 되는 날 이전의 기간동안 발생한 질병통원의료비를 통산통원일수 30일을 한도로 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 위 지급보험금 계산기준에 의하여 산출한 비용을 초과했을 때에는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.

⑦ 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.

⑨ 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니

다.
⑩ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

<용어풀이>
다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해・질병・간병보험 및 손해보험의 종합・장기손해・개인연금・퇴직보험으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

① 회사는 아래의 사유로 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. 그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 질병통원의료비의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 질병으로 인한 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. (【별표 30】(질병통원의료비III에서 보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 보상하지 아니하는 질병 참조)

1. 주로 성행위로 전파되는 감염
2. 정신과질환 및 행동장애. 단, 치매는 지급하여 드립니다.
3. 치핵, 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련질환
4. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증
5. 임신, 출산(제왕절개 포함) 및 산후기. 단 회사가 부담하는 질병으로 인한 경우에는 지급하여 드립니다.
6. 선천성뇌질환
7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과

③ 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 질병통원의료비를 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 한약재등의 보신용 투약비용
2. 피로, 권태, 심신허약등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종
4. 주근깨, 점, 여드름 등으로 일상생활에 지장이 없는 피부질환
5. 질병을 동반하지 않는 포경수술
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용
7. 위생관리, 미모를 위한 성형수술비 및 비만치료비
8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 상당한 이유가 없는 고단위 영양제 투여비용, 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용
9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 단, 본인부담 통원의료비는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에 따라 지급하여 드립니다.
10. 사고(급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다)로 상해를 입고 그 직접적인 결과로 인한 치료비 및 그 합병증의 치료비

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-41. 치매간병연금0807 특별약관
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
旣가입자의 갱신용으로만 운용되는 특약입니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 치매간병연금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 『인식불명상태』로 진단확정(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)되고 그 날을 포함하여 180일 이상 『인식불명상태』가 계속되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 180일째 되는 날을 기준으로 아래에 정한 금액을 치매간병연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

지급금액	특별약관 보험가입금액의 20% 해당액
지급시기 및 지급횟수	인식불명상태 진단후 180일째 되는 날부터 매년 확정 지급(5회)

2 제1항의 치매간병연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)가 원하는 경우 이 특별약관의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.

3 회사는 제1항에 따라 『인식불명상태』로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 『인식불명상태』로 진단확정된 날을 포함하여 180일 이상 『인식불명상태』가 계속되었을 경우 제1항에 따라 지급하여 드립니다.

4 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

6 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사항으로 보험금지급사유가 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요
3. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
   다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우에는 제외합니다.

제4조(인식불명의 정의 및 진단확정)

1 『인식불명상태』라 함은 【별표 7】(치매 분류표)에 정한 치매로 진단확정되고 또한 치매에 의하여 다음의 제1항, 제2항 중 어느 하나 이상에 해당하는 상태를 말합니다.

1. 다음의 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 각항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 한 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우
   가. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제1항(보행을 스스로 할 수 없음)의 상태 또 는 이와 같은 정도의 상태
   나. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   다. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   라. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
   마. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
2. 【별표 6】(문제행동 분류표)에 규정한 통상적인 일상생활을 일탈한 문제행위중 어느 하 나의 행위 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 문제행위가 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

2 『인식불명상태』의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-42. 활동불능간병연금0807 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 활동불능간병연금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

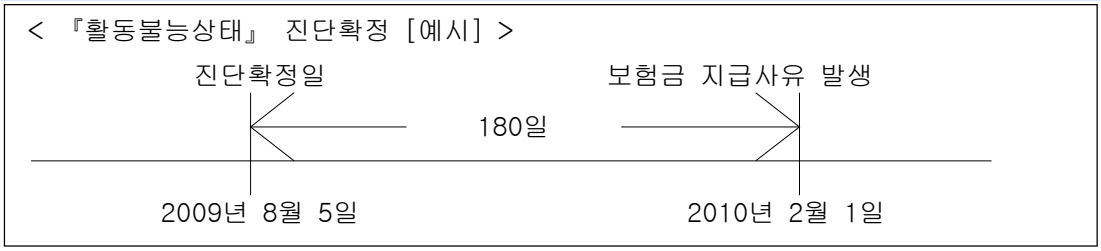
1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 『활동불능상태』로 진단확정(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)되고 그 날을 포함하여 180일 이상 『활동불능상태』가 계속되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 180일째 되는 날을 기준으로 아래에 정한 금액을 활동불능간병연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

지급금액	특별약관 보험가입금액의 20% 해당액
지급시기 및 지급횟수	활동불능상태 진단후 180일째 되는 날부터 매년 확정 지급(5회)

2 제1항의 활동불능간병연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)가 원하는 경우 이 특별약관의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.

3 회사는 제1항에 따라 『활동불능상태』로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 『활동불능상태』로 진단확정된 날을 포함하여 180일 이상 『활동불능상태』가 계속되었을 경우 제1항에 따라 지급하여 드립니다.

4 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
6 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
7 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.



제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사항으로 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요
2. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

제4조(활동불능의 정의 및 진단확정)

1 『활동불능상태』라 함은 종일 누워 있으면서 다음 제1항을 포함하고 제2항의 가~라.중 어느 하나에 해당하는 상태를 말합니다.

① 보행에 있어 보조기구(의수, 의족, 휠체어 등)를 사용하여도 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제1항에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

② 다음의 어느 행위에 있어 보조기구를 사용하여도 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항에서 제5항까지에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

가. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태

나. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒷처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태

다. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태

라. 【별표 5】(일상생활동작 장해분류표)의 제5항(의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태

2 『활동불능상태』의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의사 자격을 가진자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-43. 중증치매간병연금0904 특별약관

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증치매간병연금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

2 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 『중증치매상태』로 진단확정(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)되고 그 날을 포함하여 180일이상 『중증치매상태』가 계속되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 180일째 되는 날을 기준으로 아래에 정한 금액을 중증치매간병연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

지급금액	특별약관 보험가입금액의 20% 해당액
지급시기 및 지급횟수	중증치매 진단후 180일째 되는 날부터 매년 확정 지급(5회)

2 제1항의 중증치매간병연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)가 원하는 경우 이 특별약관의 예정이율로 할인하여 일시금으로 선지급할 수 있습니다.

3 회사는 제1항에 따라 『중증치매상태』로 진단확정된 후 보험기간이 만료되더라도 『중증치매상태』로 진단확정된 날을 포함하여 180일 이상 『중증치매상태』가 계속되었을 경우 제1항에 따라 지급하여 드립니다.

4 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

6 제5항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

7 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

< 『중증치매상태』 진단확정 [예시] >



제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사항으로 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요
2. 알콜중독, 습관성, 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

제4조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)

1 『중증치매상태』라 함은 피보험자(보험대상자)가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 【별

표 7】(치매 분류표)에 정한 치매로 진단확정되고 이로 인하여 『인지기능의 장애』가 발생한 상태를 말합니다.
② 제1항에서 정한 『인지기능의 장애』라 함은 다음 중 제1호에서 정한 한국형 간이인지기능 검사(MMSE-K, 1989년)의 결과가 19점 이하(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)이고, 동시에 다음 중 제2호에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 180일 이상 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.

제5조(준용규정)
이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-44. 질병사망II0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 이 특별약관에서 보장하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 사망하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자) 지정이 없을 때에는 사망의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인)에게 지급하여 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 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑤ 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제3항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-45. 질병후유장해0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 한번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2항의 질병 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 보험가입금액은 감액되지 아니하며, 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 질병 고도후유장해보험금을 보상한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.
② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 『후유장해』라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 보험가입금액 전액을 질병 고도후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.
2. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 『후유장해』라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80% 미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 질병 일반후유장해보험금으로 지급하여 드립니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 및 제2호를 적용합니다
② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 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 진단확정일부

터 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
5 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 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 고도후유장해보험금을 한도로 합니다.
10 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
13 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-46. 질병50%이상후유장해연금0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 한 번의 사고에 대하여 회사가 제2조(보상하는손해)의 80%미만의 후유장해를 보상한 경우에는 남은 보험기간에 대한 이 특별약관의 보험가입금액을 감액하지 아니하며, 80%이상의 후유장해를 보상한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관 계약은 소멸 됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 『후유장해』라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 50%이상장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 아래에 정한 금액을 매 사고마다(단, 80%이상장해지급률에 해당하는 경우에는 1회에 한합니다) 질병50%이상고도후유장해연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

지급사유	지급금액	지급시기 및 지급횟수
질병50%이상 후유장해연금	이 특별약관의 보험가입금액 10% 해당액	매년 사고발생 해당일에 10년간 확정지급(10회)

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 장해지급률로 하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다

② 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 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 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 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 후유

장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

7 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 질병50%이상고도후유장해연금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 질병50%이상고도후유장해연금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 질병50%이상고도후유장해연금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 질병50%이상고도후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 질병50%이상고도후유장해연금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 질병50%이상고도후유장해연금이 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 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 질병50%이상고도후유장해연금은 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

10 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 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 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

13 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제11항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-47. 체증형질병입원비0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 61일째 입원일로부터 입원 1일당 아래의 금액을 체증형 질병입원비으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 최초 입원일로부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

입원일수	1일당 지급금액
61일이상	이 특별약관의 보험가입금액 100%
91일이상	이 특별약관의 보험가입금액 100%추가지급
121일이상	이 특별약관의 보험가입금액 100%추가지급

2 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 다만, 최종 퇴원일로부터 180일이 지나서 입원한 경우에는 새로운 입원으로 간주합니다.
3 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 체증형질병입원비을 계속 지급하여 드립니다.
4 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 체증형질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
5 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
6 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.
7 제6항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
8 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 제2장(신체관련 보통약관) 보통약관 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

2 회사는 아래의 의료비로 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

2-48. 성인특정질병입원일당1001 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 아래의 각 호에 따라 각각 지급하여 드립니다.

① 성인특정질병입원일당 (1형)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표 36】(성인특정질환 분류표)에서 정한 제1형의 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 3일초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 해당 보장내용의 보험가입금액을 성인특정질병입원일당(1형)으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 성인특정질병입원일당 (2형)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표 36】(성인특정질환 분류표)에서 정한 제2형의 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 3일초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 해당 보장내용의 보험가입금액을 성인특정질병입원일당(2형)으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

③ 성인특정질병입원일당 (3형)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표 36】(성인특정질환 분류표)에서 정한 제3형의 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 3일초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 해당 보장내용의 보험가입금액을 성인특정질병입원일당(3형)으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항에서 정하는 성인특정질병의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 성인특정질병(1형)의 허혈성심질환(I20~I25)의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을, 성인특정질병(2형)의 뇌혈관질환(I60~I69)의 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

3 제1항의 성인특정질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

4 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 성인특정질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 성인특정질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 합니다.

5 제1항의 입원일당의 경우 피보험자(보험대상자)가 성인특정질병에 대한 보장개시일 이후 입원하

여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3항의 규정에 따라 성인특정질병입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
6 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 성인특정질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
7 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1항의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
8 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 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.
9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 제2장 신체관련 보통약관 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 제2장 신체관련 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

1 이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2 『성인특정질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원』이란 의사에 의해 성인특정질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 성인특정질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 성인특정질병의 치료를 주된 목적으로 하는 경우에만 성인특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 성인특정질병으로 진단된 경우에는 이는 성인특정질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

2-49. 식중독위로금II1004 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간(이하 『보험기간』이라 합니다) 중에 식중독이 발생하고 그 직접적인 결과로 2일이상 입

원하여 치료를 받은 경우에 입원기간에 따라 아래와 같이 식중독위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 입원을 하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

입원일수	1일당 지급금액
2일이상~3일이내	이 특별약관의 보험가입금액 10%
4일이상~9일이내	이 특별약관의 보험가입금액 20% 추가지급
10일이상~19일이내	이 특별약관의 보험가입금액 20% 추가지급
20일이상	이 특별약관의 보험가입금액 50% 추가지급

2 제1항의 경우 동일한 식중독으로 인하여 2회이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 봅니다. 그러나, 동일한 식중독으로 인한 입원이라도 해당하는 식중독위로금이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
3 제1항의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간중에 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 식중독위로금의 경우 제1항의 규정을 따릅니다.
4 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독위로금의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다

제3조(식중독의 정의)

이 특별약관에 있어서 『식중독』이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 【별표 17】(식중독 분류표)에 해당하는 질병을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 질병관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

3. 재물관련 특별약관의 일반조항

제1조(가입대상자)

재물관련 특별약관은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 재물관련 손해를 지급하여 드립니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하 『본인』이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 『배우자』라 합니다)
3. 본인의 가족관계등록상 부모
4. 배우자의 가족관계등록상 부모
5. 본인 또는 배우자의 가족관계등록상 자녀

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(계약의 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 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(계약의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다. 다만 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해지환급금를 지급하여 드립니다.

제6조(손해액의 조사결정)

회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험가액에 따라 계산합니다.

제7조(보험금의 분담)

① 회사는 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다. 이하 같습니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 특별약관에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제8조(현물보상)

회사는 손해의 일부 또는 전부에 대하여 재건축, 수리 또는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈

음할 수 있습니다.

제9조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 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 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조(잔존물)

회사가 손해를 보상하고 잔존물을 취득할 의사표시를 하는 경우에는 그 잔존물은 회사의 소유가 됩니다.

제11조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제12조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제13조(계약후 알릴 의무)

1 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자나 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

1. 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
2. 양도할 때
3. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 구조를 변경, 개축, 증축하거나 계속하여 15일 이상 수선할 때
4. 보험의 목적 또는 보험의 목적을 수용하는 건물의 용도를 변경함으로써 위험이 증가하는 경우
5. 보험의 목적 또는 보험의 목적이 들어있는 건물을 계속하여 30일 이상 비워 두거나 휴업하는 경우
6. 다른 곳으로 옮길 때
7. 위 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 경우

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 제12조(계약전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때.

② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제13조(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약후 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 날부터 1개월 이상 지났을 때
③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때
④ 보험을 모집한 자(이하 “보험설계사 등”이라 합니다) 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 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하여 드립니다.

4 제1항에 의한 계약의 해지는 손해발생 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 손해가 제3항 제1호 및 제2호의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제15조(손해의 통지 및 조사)

1 보험의 목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

3 회사가 제1항에 대한 손해의 사실을 확인하기 어려운 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 필요한 증거자료의 제출을 요청할 수 있습니다.

4 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자(보험대상자)의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제15조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(그러나 이를 얻기 어려울 때에는 사고발생의 목격자 등 인근 주민의 확인서)
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

제16조(특별약관의 보장변경)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 『보장변경』이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)에 뒷면에 기재하여 드립니다.

2 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제17조(준용규정)

이 특별약관에서 규정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

3-1. 화재손해 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제3조(보상하는 손해)에서 정한 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한번의 사고에 대하여 이 특별약관 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)의 80%해당액 이하인 때에는 이 계약의

보험가입금액은 감액되지 아니하며, 80%를 넘을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에는 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 보험목적이 둘 이상인 때에는 각각 제1항, 제2항을 적용합니다.

제2조(보험목적의 범위)

1 제3조(보상하는 손해)에서 보험목적이라 함은 아래의 물건을 말합니다.(각각의 계약에 따른 보험목적에 대해서만 보상됩니다)

1. 주택만으로 쓰이는 물건 중 다음의 것 또는 그 수용가재
   ㉮ 단독주택(다중주택, 다가구주택 포함)
   ㉯ 주택의 부속건물로써 가재만을 수용하는데 쓰이는 것
   ㉰ 연립(다세대)주택, 아파트로써 각 호, 실이 주택으로만 쓰이는 것. 다만, 아파트에는 단지내 상가를 제외한 구내의 부대시설 또는 복리시설을 포함합니다.
2. 주택병용 건물로써 아래의 용도로 사용하는 건물 또는 그 수용가재
   ㉮ 교습소(피아노, 꽃꽂이, 국악, 재봉 및 이와 비슷한 것)
   ㉯ 치료(안수, 침뜸, 접골, 조산원 및 이와 비슷한 것)

2 제1항에도 불구하고 아래의 물건은 보험목적에 포함되지 아니합니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다) 단, 전시용 자동차는 제외합니다.

3 제1항에도 불구하고 아래의 물건은 보험증권(보험가입증서)에 기재하여야만 보험목적이 됩니다.

1. 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상인 것을 말합니다), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 다만, 상품인 경우에는 제외합니다.
2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

4 아래의 물건은 다른 약정이 없으면 보험목적에 포함됩니다.

1. 건물인 경우
   ㉮ 건물의 부속물 : 피보험자(보험대상자)의 소유인 칸막이, 대문, 담, 곳간 및 이와 비슷한 것
   ㉯ 건물의 부착물 : 피보험자(보험대상자) 소유의 간판, 네온사인, 안테나, 선전탑 및 이와 비슷한 것
   ㉰ 건물의 부속설비 : 피보험자(보험대상자) 소유의 전기, 가스, 난방, 냉방설비 및 이와 비슷한 것
2. 가재인 경우 : 피보험자(보험대상자)와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물

제3조(보상하는 손해)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 이 특별약관에 따라 보험에 가입한 물건(이하 『보험목적』이라 합니다)이 화재(벼락을 포함합니다. 이하 같습니다)로 입은 아래의 손해(이하 『화재손해』라 합니다)를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 화재에 따른 직접손해
2. 화재에 따른 소방손해(화재진압과정에서 발생하는 손해)
3. 화재에 따른 피난손해(피난지에서 5일 동안 생긴 제1호, 제2호의 손해를 포함합니다)

2 회사는 보험목적이 전용주택 및 이에 수용된 가재일 경우 폭발, 파열로 입은 손해도 지급하여 드립니다.
3 제1항 및 제2항에서 담보하는 위험으로 인하여 손해가 발생한 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 잔존물제거비용을 추가로 지급합니다.
4 제3항의 잔존물제거비용이라함은 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용(사고현장 및 인근지역의 토양, 대기, 수질 오염물질 제거비용과 상차후(차에 실은 후) 폐기물 처리비용은 포함하지 아니합니다) 및 상차비용(차에 싣는 비용)을 말합니다. 다만, 이 보험증권(보험가입증서)에서 담보하지 아니하는 위험으로 보험의 목적이 손해를 입거나 관계법령에 의하여 제거됨으로써 생긴 손해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자)(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
2. 화재가 발생했을 때 생긴 도난 또는 분실로 생긴 손해
3. 보험의 목적의 발효, 자연발열, 자연발화로 생긴 손해. 그러나, 자연발열 또는 자연발화로 연소된 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
4. 화재로 생긴 것이든 아니든 파열 또는 폭발 (전용주택의 경우는 제외합니다) 그러나 이 결과로 생긴 화재손해는 보상하여 드립니다.
5. 화재로 기인되지 아니한 수도관, 수관 또는 수압기 등의 파열로 생긴 손해
6. 발전기, 여자기(정류기 포함), 변류기, 변압기, 전압조정기, 축전기, 개폐기, 차단기, 피뢰기, 배전반 및 그 밖의 전기기기 또는 장치의 전기적 사고로 생긴 손해. 그러나 그 결과로 생긴 화재손해는 보상하여 드립니다.(단, 전용주택의 경우에는 전기적 사고로 손해가 생긴 그 전기기기 또는 장치 이외의 보험의 목적에 생긴 화재, 폭발 또는 파열로 인한 손해는 보상하여 드립니다.)
7. 원인의 직접, 간접을 묻지 아니하고 지진, 분화 또는 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
8. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손해
9. 위 제9호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
10. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 재산의 소각 및 이와 유사한 손해

제5조(손해방지 의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 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)을 보험에 가입한 금액(이하 『보험가입금액』 이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 『보험가액』 이라 합니다)에 대한 비율에 따라 제6조(지급보험금)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 지급하여 드립니다.

③ 회사는 제6조(지급보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제6조(지급보험금)

① 회사가 지급할 제3조(보상하는 손해) 제1항의 손해가 생긴 때에는 1사고마다 지급보험금은 아래에 따라 계산합니다.

1. 보험가입금액이 보험가액의 80% 해당액과 같거나 이상일 때
   : 보험가입금액을 한도로 손해액 전액
2. 보험가입금액이 보험가액의 80% 해당액보다 적을 때

$$\text{: 손해액} \times \frac{\text{보험가입금액}}{\text{보험가액의 } 80\% \text{ 해당액}}$$

   다만, 보험가입금액을 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 달리하는 경우

$$\text{: 손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

   단, 보험가입금액이 보험가액보다 클 때에는 보험가액을 한도로 합니다.

③ 하나의 보험가입금액으로 둘 이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분하여 제1항 또는 제2항의 규정에 따라 지급보험금을 계산합니다.

제7조(보험금등의 지급한도)

제1조(보상하는 손해) 제1항의 손해에 의한 보험금과 제3조(보상하는 손해) 제2항의 잔존물제거비용은 각각 지급보험금의 계산을 준용하여 계산하며, 그 합계액은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 한도로 합니다. 다만, 잔존물제거비용은 손해액의 10%를 초과할 수 없습니다.

제8조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

가. 특수건물풍수재손해보장추가 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보상하는 손해)

회사는 『화재로 인한 재해 보상과 보험가입에 관한 법률』 제2조 제3호와 동법 시행령 제2조 제1항에서 정하는 특수건물(동산은 제외합니다. 이하 『특수건물』이라 합니다)에 대하여는 무배당 LIG웰빙보험 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 3-1. 화재손해 특별약관 제3조(보상하는 손해)의 손해 이외에 아래의 위험으로 인하여 보험목적에 생긴 손해를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 태풍, 회오리바람, 폭풍, 폭풍우, 홍수, 해일, 범람 및 이와 비슷한 풍재 또는 수재
2. 항공기 또는 그로부터의 떨어지는 물체

제2조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 보험목적에 생긴 분실 또는 도난손해
2. 풍재 또는 수재로 생긴 파열 또는 폭발의 손해
3. 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 지급하여 드립니다.
6. 추위, 서리, 얼음, 눈으로 생긴 손해
7. 풍재의 직접, 간접에 관계없이 보험목적인 네온싸인장치에 전기적 사고로 생긴 손해 및 건식전구의 필라멘트만에 생긴 손해

② 회사는 보험목적이 전용주택인 경우에는 제1항 제2호의 손해는 지급하여 드립니다.

제3조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항), 제2장(신체관련 보통약관) 및 무배당 LIG웰빙보험 특별약관 3-1. 화재손해 특별약관을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보

험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

3-2. 도난 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 정한 물건(이하 『보험목적』이라 합니다)이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(병용주택을 포함합니다) 내에 있는 동안 강도 또는 절도(그 미수를 포함합니다)로 인해 도난, 망가짐, 손상 또는 파손된 손해(이하 『도난손해』라 합니다)를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 가재 : 피보험자(보험대상자)와 같은 세대에 속하는 사람의 소유물
2. 아래의 물건은 보험증권(보험가입증서)에 기재하여야만 보험목적이 됩니다.
   ㉮ 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며 점당 300만원 이상), 보옥, 보석, 글·그림, 골동품, 조각물 및 이와 비슷한 것. 다만, 상품인 경우에는 제외합니다.
   ㉯ 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형, 목형, 소프트웨어 및 이와 비슷한 것

② 제1항에도 불구하고, 아래의 물건은 보험목적에 포함되지 아니합니다.

1. 통화(기념주화 포함), 유가증권, 인지, 우표 등 이와 비슷한 것
2. 자동차(자동3륜차, 자동2륜차를 포함합니다), 다만, 전시용 자동차는 제외합니다.

③ 도난된 보험목적을 찾을 경우 그에 소요된 정당한 비용은 지급하여 드립니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 보험의 목적에 생긴 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
2. 계약자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 도난
3. 피보험자(보험대상자)의 가족, 친족, 고용인, 동거인, 숙박인 또는 감수인(監守人) 이 저지르거나 가담한 도난
4. 전쟁, 폭동, 소요 또는 이와 유사한 사변으로 생긴 도난
5. 화재나 지진, 분화(噴火), 해일, 폭발 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 도난
6. 보험의 목적이 건물구내 밖에 있는 동안 생긴 도난
7. 보험의 목적물의 수용장소를 계속하여 72시간 이상 비워 둔 사이에 생긴 도난
8. 보험사고가 생긴 후 30일 이내에 알지 못한 도난

제3조(손해방지 의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 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)을 보험에 가입한 금액(이하 『보험가입금액』이라 합니다)의 보험목적의 가액(이하 『보험가액』이라 합니다)에 대한 비율에 따라 제4조(지급보험금)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 지급하여 드립니다.

③ 회사는 제4조(지급보험금)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제4조(지급보험금)

① 회사는 보상하는 손해의 도난손해가 생긴 때에는 1사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 한도로 손해액 전액을 보상하여 드립니다.

② 동일한 보험계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)이 있는 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.

① 다른 계약이 이계약과 지급보험금의 계산방법을 같이 하는 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보험가입금액}}{\text{이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액}}$$

② 다른 계약이 이계약과 지급보험금의 계산방법을 달리 하는 경우:

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약에 의한 보험금}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액}}$$

제5조(도난품의 귀속)

회사가 보험금을 지급하였을 때에는 도난당한 보험의 목적에 대하여 보험금의 보험가액에 대한 비율로 소유권을 가집니다. 그러나 피보험자(보험대상자)는 그 보험금에 해당하는 금액을 회사에 내고 그 도난품의 소유권을 차지할 수 있습니다.

제6조(손해의 발생의 통지)

1 피보험자(보험대상자) 및 그 가족, 감수인(監守人) 또는 고용인은 보험목적에 제3조(보상하는 손해)의 사고가 생긴 경우 지체없이 구두 또는 서면으로 이를 회사에 알려야 합니다.

2 피보험자(보험대상자)는 제1항의 절차를 마친 후 지체없이 아래의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

① 관할 경찰관서의 도난신고 접수 확인서. 그러나 이를 얻기 어려울 때에는 인근 주민의 확인서

② 그밖의 필요한 증거자료

제7조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

3-3. 골프용품손해위로금0804 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며 골프연습장, 탈의실 등 그 외 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함)중에 생긴 아래의 손해를 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 이 특별약관이 정하는 바에 따라 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

① 보험증권(보험가입증서)에 기재된 골프용품(골프채, 골프가방, 그 밖의 골프용구 또는 피복류를 말합니다. 이하 같습니다)에 생긴 화재(벼락 포함) 및 도난손해

② 우연한 사고로 골프채가 부러지거나 휘어지거나 또는 파손됨으로써 생긴 손해

제2조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 골프용품의 사용과 관리를 위탁받은 자 또는 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조 규정의 범위와 같습니다)의 고의

② 골프용품에 존재하고 있는 흠, 마멸, 부식, 녹, 변색, 쥐나 또는 벌레로 인한 손해

③ 분실

④ 계약자, 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중대한 과실

제3조(손해방지의무)

1 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리 한 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 이를 지급하여 드립니다.

3 제4조(골프용품손해보험금)의 보험금과 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급하여 드립니다.

제4조(골프용품손해보험금)

1 회사는 보험의 목적인 골프용품에 제1조(보상하는 손해)에 정한 손해가 발생한 때에는 다음과 같이 지급하여 드립니다.

① 손해가 발생된 보험목적 시가에 의해 산정한 금액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 지급하여 드립니다.

② 손해가 발생된 보험목적을 수선하게 될 때에는 보험목적을 손해발생 직전의 상태로 복구시키는데 필요한 수선비를 손해액으로 하여 지급하여 드립니다.

2 회사는 제1항에 정한 손해의 일부 또는 전부에 대하여 그 손해에 상당하는 현물의 보상으로써 보험금의 지급에 갈음할 수 있습니다.

제5조(계약후 알릴 의무)

계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.

① 골프용품에 대하여 이 보험과 동일한 위험을 보장하는 다른 계약을 맺을 때

② 골프용품을 양도할 때

③ 제1호 및 제2호 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때

제6조(손해의 통지 및 조사)

1 보험목적에 손해가 생긴 경우 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

3 회사는 제1항의 통지를 받은 때에는 사고가 생긴 건물 또는 그 구내와 거기에 들어있는 피보험자(보험대상자)의 소유물을 조사할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 재물관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4. 배상책임관련 특별약관의 일반조항

제1조(가입대상자)

배상책임관련 특별약관은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 배상책임관련 손해를 지급하여 드립니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하 『본인』이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 『배우자』라 합니다)
3. 본인의 가족관계등록상 부모
4. 배우자의 가족관계등록상 부모
5. 본인 또는 배우자의 가족관계등록상 자녀

제2조(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.

제3조(계약의 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 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제4조(계약자의 해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지(이 경우 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 이 특별약관의 해지환급금을 계약자에게 지급합니다. 이하 같습니다)할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권(보험가입증서)을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지 할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의로 손해가 발생한 경우 이 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 해지환급금를 지급하여 드립니다.

제5조(손해방지 의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

① 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다.)

② 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일

③ 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 지급하는 보험금에서 다음의 금액을 뺍니다.

① 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

② 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

③ 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자(보험대상자)가 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 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
2 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
3 피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.
4 계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제7조(보험금의 분담)

1 회사는 이 배상책임 관련 특별약관에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 지급하여 드립니다.
2 피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제8조(대위권)

1 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.
① 피보험자(보험대상자)가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
② 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.
3 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 회사는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제9조(계약전 알릴 의무)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제10조(계약 후 알릴의무)

1 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
① 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
② 이 특별약관에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 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 특별약관을 해지할 수 있습니다.
3 계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일에 지난 때에는 계약자에게 도달한 것으로 봅니다.

제11조(알릴 의무 위반의 효과)

1 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
① 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 제9조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
② 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제10조(계약후 알릴 의무)에서 정한 계약 후 알릴 의무

를 이행하지 아니하였을 때

2 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때

③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때

④ 보험을 모집한 자(이하 『보험설계사 등』이라 합니다)가 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 그러지 아니합니다.

3 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 전에 이루어진 경우에는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하여 드립니다.

4 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에도 그 손해를 보상하여 드리지 아니합니다. 그러나 손해가 제1항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 증명한 경우에는 보상하여 드립니다.

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

제12조(손해의 발생과 통지)

1 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

① 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

② 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

③ 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

2 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하여 드리지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제13조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제14조(특별약관의 보장변경)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 『보장변경』이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)에 뒷면에 기재하여 드립니다.

2 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제15조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

1 회사는 피보험자(보험대상자)의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자(보험대상자)가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자(보험대상자)를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

2 회사는 피보험자(보험대상자)에 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 피보험자(보험대상자)는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

4 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 아니합니다.

① 피보험자(보험대상자)가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때
② 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

5 회사가 제1항의의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자(보험대상자)에 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, 피보험자(보험대상자)는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제16조(준용규정)

이 특별약관에서 규정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

4-1. 일상생활중 배상책임 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자) 또는 그와 동거하는 배우자(이하 『피보험자(보험대상자)』라 합니다)가 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 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 『주택』이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제3조(보상하지 아니하는 손해)

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

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 계약자의 고의
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 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행으로 인한 배상책임
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망 포함)로 인한 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임

5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이 하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자)가 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 아니함
7. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외) 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 보상
11. 폭력행위로 인한 배상책임.

제4조(지급보험금)

① 회사가 1 사고당 보험금의 종류 및 지급사유의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용.
3. 피보험자(보험대상자)가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자(보험대상자)가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
6. 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자(보험대상자)가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자기부담금(2만원)을 초과하는 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액
2. 제1항 제2호 내지 제6호의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액. 그러나, 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제3호 및 제4호의 비용 중 소송비용의 인지대, 변호사비용 및 제5호의 비용은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4-2. 자녀배상책임 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며, 당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』

에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(가입대상자)

이 특별약관에서의 가입대상자는 무배당 LIG웰빙보험 배상책임관련 특별약관의 일반조항(이하 『배상책임관련 특별약관의 일반조항』라 합니다) 제1조(가입대상자)에도 불구하고 배상책임관련 특별약관의 일반조항 제1조(가입대상자) 제5호의 본인 또는 배우자의 만 30세 이하 미혼자녀로 합니다.

제3조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고(이하 『사고』라 합니다)로 타인의 신체의 상해 또는 재물의 손해를 입힘으로서 피보험자(보험대상자) 또는 민법 제755조에서 규정하는 자녀의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 『배상책임손해』라 합니다)를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 『주택』이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제4조(보상하지 아니하는 손해)

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

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 계약자의 고의
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 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 동거하는 친족에 대한 배상책임
2. 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)의 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서는 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
7. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제5조(지급보험금)

① 회사가 1 사고당 보험금의 종류 및 지급사유의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용.
3. 피보험자(보험대상자)가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자(보험대상자)가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

5. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
6. 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자(보험대상자)가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자기부담금(2만원)을 초과하는 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액
2. 제1항 제2호 내지 제6호의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액. 그러나, 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제3호 및 제4호의 비용 중 소송비용의 인지대, 변호사비용 및 제5호의 비용은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상

제6조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4-3. 임차자배상책임 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)

보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(임차자)와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 피보험자(보험대상자)의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자(보험대상자)로 봅니다.

제2조(특별약관의 소멸)

이 특별약관에 따라 회사가 손해를 보상한 경우에는 그 지급액이 한번의 사고에 대하여 보상한도액(보험가액을 한도로 합니다)의 80% 해당액 이하인 때에는 이 특별약관의 보상한도액은 감액되지 아니하며 80%를 넘을 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(보상하는 손해)

회사는 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 임차한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 부동산이 화재, 폭발, 파열 및 소요·노동쟁의로 인하여 없어지거나 망가짐으로써 그 부동산에 대하여 정당한 권리를 가진 자에게 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

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

1. 임차자의 고의 또는 중대한 과실
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자(보험대상자)가 부담하게 될 배상책임은 지급하여 드립니다.
2. 통상적이거나 급격한 사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해에 대한 배상책임 및 오염제거 비용
3. 임차자가 관리하는 기간에 발생한 급·배수관, 냉난방장치, 습도 조절장치, 소화전, 업무용기구, 가사용기구 및 스프링쿨러로부터의 증기, 물 또는 내용물의 누출 혹은 일출로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 지붕, 문, 창, 통풍장치 등에서 새어든 비 또는 눈 등으로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 배상책임의 목적인 임차자부동산을 제외한 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 소·점유, 임차, 사용하거나 보호, 관리, 통제(원인에 관계없이 모든 형태의 실질적인 통제행위 포함)하는 재물에 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 자연소모, 녹, 쥐가 쏠거나 벌레가 먹음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 사고로 생긴 것이 아닌 도장제비용에 대한 배상책임
8. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제5조(지급보험금)

① 회사는 지급할 보험금을 아래와 같이 계산합니다.
1. 보상한도액과 배상책임의 목적인 임차물건의 싯가(이하 『보험가액』 이라 합니다)가 같을 때 : 손해액 전액
2. 보상한도액이 보험가액보다 적을 때 : 손해액× 보상한도액 / 보험가액
3. 보상한도액이 보험가액보다 많을 때 : 보험가액을 한도로 손해액 전액

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 배상책임의 목적인 임차물건에 화재보험계약을 체결하였을 경우에 화재보험의 보험가입금액과 이 배상책임보험의 보상한도액의 합계액이 보험가액을 초과하는 경우에는 제3항 및 제4항에 따라 손해를 보상합니다.

③ 동일한 계약의 목적과 동일한 사고에 관하여 보험금을 지급하는 다른 계약 (공제계약을 포함함)이 있고 이들의 보험가입금액의 합계액이 보험가액보다 많을 경우에는 아래에 따라 지급보험금을 계산합니다.
1. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 같이 하는 경우 : 손해액× 이 계약의 보험가입금액 / 이 계약과 다른 계약의 보험가입금액의 합계액
2. 다른 계약이 이 계약과 지급보험금의 계산방법을 달리 하는 경우 : 손해액 × 이 계약에 의한 보험금 / 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보험금의 합계액

④ 하나의 보험가입금액으로 둘이상의 보험목적을 계약한 경우에는 전체 보험가액에 대한 각 보험가액의 비율로 보험가입금액을 비례배분합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

4-4. 신체손해 배상책임 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

3-1. 화재손해 특별약관 제1조(특별약관의 소멸)에 따라 3-1.화재손해 특별약관 계약이 소멸된 때에는 이 특별약관 계약도 소멸됩니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 특수건물의 화재로 타인이 사망하거나 부상함으로써 건물소유자 손해배상책임에 따라 피보험자(보험대상자)가 부담할 손해(이하『배상책임손해』라 합니다)를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

② 회사는 보험목적이 전용주택인 경우에는 폭발, 파열로 인한 손해도 지급하여 드립니다.

제3조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 정의는 아래와 같습니다.

1. 특수건물이라 함은 『화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률』(이하 『법』이라 합니다) 제2조 제3호와 동법 시행령(이하 『시행령』이라 합니다) 제2조 제1항에서 정하는 건물을 말합니다
2. 건물소유자 손해배상책임이라 함은 법 제4조 제1항에서 정하는 배상책임을 말합니다. 단, 특수건물이 전용주택인 경우 폭발, 파열로 인한 민법상의 배상책임을 포함합니다.
3. 타인이라 함은 특수건물의 소유자 및 그 주거를 같이하는 직계가족 (법인인 경우에는 이사 또는 업무집행기관) 이외의 사람을 말합니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피해자 고의, 중대한 과실 또는 법령위반(고의 또는 중과실로 법령을 위반하고 법령위반사실과 보험사고간 인과관계가 있는 경우에 한합니다)으로 발생한 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 포함) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물 포함)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제5조(피보험자(보험대상자)의 권리, 의무의 승계)

특수건물이 양도된 경우에 양수인 또는 그 지정하는 자는 이 보험계약에 의한 권리, 의무를 승계한 것으로 봅니다.

제6조(보험금의 지급과 보상한도)

이 특별약관에 따른 보험금의 청구 및 지급방법과 보상한도는 법 제8조 제1항 제2호, 제3호, 시행령 제5조 내지 제8조, 동 시행규칙 제2조에 따라 결정됩니다.

제7조(보험금의 비례배분)

피보험자(보험대상자)가 둘 이상인 때에는 회사가 지급할 보험금을 한도로 하여 재해를 입은 특수건물의 소유지분 비율에 따라 비례배분하여 지급하여 드립니다.

제8조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

【화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 제8조】

제8조(보험금액)

① 제5조의 규정에 의하여 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각호에 의한다.

1. 화재보험은 특수건물의 시가에 해당하는 금액
2. 신체손해 배상책임보험중 사망의 경우에는 피해자 1인당 50만원이상으로서 대통령령이 정하는 금액
3. 신체손해 배상책임보험중 부상의 경우에는 피해자 1인당 사망자에 대한 보험금액의범위안에서 대통령령이 정하는 금액

② 위 제1항 제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.

【동법시행령 제5조 및 제8조】

제5조(보험금액)

① 법 제8조 제1항 제2호 및 제3호의 규정에 의한 보험금액은 다음과 같다.

1. 사망의 경우에는 8,000만원. 다만, 실손해액이 2,000만원 미만인 경우에는 2,000만원으로 한다.
2. 부상의 경우에는 [별표24](부상급별 지급보험금표)에 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 [별표25](후유장해급별 지급보험금표)에서 정하는 금액

② 제1항 제1호 및 제2호의 규정에 의한 실손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

③ 부상자가 치료중에 사망한 경우에는 제1항 제1호 및 제2호의 보험금을 함께 지급 한다.

④ 부상한 자에게 후유장해가 생긴 경우에는 제1항 제2호 및 제3호의 금액을 함께 지급 한다.

⑤ 제1항 제3호의 금액을 지급한 후 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 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 지체 없이 이를 지급하여야 한다.

② 손해보험회사는 법 제9조의 규정에 의하여 보험금을 지급한 때에는 지체 없이 다음 각 호의 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 월실수액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱하여 산출한 금액에 남자평균임금의 100일분에 해당하는 장례비를 더한 금액으로 한다.

② 영 제5조 제2항의 규정에 의한 실손해액은 화재로 인하여 신체상에 상해를 입은 경우에 그 상해를 치료함에 소요되는 모든 비용으로 한다.

4-5. 가족일상생활중배상책임 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보상하는 손해)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관

에 따라 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하『주택』이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

2 제1항의 피보험자(보험대상자)라 함은 아래에 정한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(이하『피보험자(보험대상자) 본인』이라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자) 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하『배우자』라 합니다)
3. 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
4. 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

3 위 제2항에서 피보험자(보험대상자) 본인과 본인 이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의
2. 계약자의 고의
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 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행으로 인한 배상책임
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자)가 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. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 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 지급하여 드립니다.

제4조(보험금의 종류 및 지급사유의 범위)

1 회사가 1사고당 보험금의 종류 및 지급사유의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급한 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피보험자(보험대상자)가 손해방지의 방법을 조사하여 구한 후에 배상책임이

없음이 판명된 때에는 그 방법을 조사하여 구함에 따른 비용 중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 회사의 승인을 받은 비용만 지급하여 드립니다.

3. 피보험자(보험대상자)가 권리의 보전 또는 행사의 절차를 밟는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
4. 피보험자(보험대상자)가 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사보수, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
5. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
6. 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사가 손해배상처리를 할 경우 피보험자(보험대상자)가 회사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 한하여 그 초과분으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금: 1억원 한도
2. 제1항 제2호 내지 제5호의 비용 : 피보험자(보험대상자)가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 제1항 제3호 및 제4호의 비용 중 소송비용의 인지대, 변호사비용 및 제5호의 비용은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액에 해당하는 금액에 대한 비용만 보상

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4-6. 가족일상생활중배상책임 I10710 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고로 타인의 신체의 장해(이하 『대인사고』라 합니다) 또는 재물의 손해(이하 『대물사고』라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 『주택』이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 제1항의 피보험자(보험대상자)라 함은 아래에 정한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 및 그 가족을 말합니다.

1. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)(이하 『피보험자(보험대상자) 본인』이라 합니다)
2. 피보험자(보험대상자) 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자(이하 『배우

자』라 합니다)
3. 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
4. 피보험자(보험대상자) 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

③ 위 제2항에서 피보험자(보험대상자) 본인과 본인 이외의 피보험자(보험대상자)와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자, 법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 계약자(법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
4. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
5. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다) 또는 핵연료물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행으로 인한 배상책임
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해로 인한 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자)가 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. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 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 지급하여 드립니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

2 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 자기부담금(『대인배상책임』은 없음, 『대물배상책임』은 20만원)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 『대인배상책임』 및 『대물배상책임』 손해를 더한 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도로 보상
2. 제1항 제2호의 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1항 제2호의 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액내에서 보상

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4-7. 일상생활중배상책임 I 0804 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자) 또는 그와 동거하는 배우자(이하 『피보험자(보험대상자)』라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 사고(이하 『사고』라 합니다)로 타인의 신체의 장해(이하 『대인사고』라 합니다) 또는 재물의 손해(이하 『대물사고』라 합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 주거용으로 사용하는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 『주택』이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고

제3조(보상하지 아니하는 손해)

1 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드지지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자, 법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 계약자(법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 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 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

2 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 직무수행으로 인한 배상책임
2. 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 피용인이 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망 포함)로 인한 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이 하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자)가 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 아니함
7. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것 제외), 총기(공기총 제외) 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 보상
11. 폭력행위로 인한 배상책임.

제4조(지급보험금)

① 사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 자기부담금(『대인배상책임』은 없음, 『대물배상책임』은 20만원)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 『대인배상책임』 및 『대물배상책임』 손해를 더한 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도로 보상
2. 제1항 제2호의 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1항 제2호의 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액내에서 보상

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4-8. 자녀배상책임 I10804 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(가입대상자)

이 특별약관에서의 가입대상자는 무배당 LIG웰빙보험 배상책임관련 특별약관의 일반조항(이하『배상책임관련 특별약관의 일반조항』라 합니다) 제1조(가입대상자)에도 불구하고 배상책임관련 특별약관의 일반조항 제1조(가입대상자) 제5호의 본인 또는 배우자의 만 30세 이하 미혼자녀로 합니다.

제2조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(보상하는 손해)

회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에 열거한 우연한 사고(이하 『사고』라 합니다)로 타인의 신체장해(이하 『대인사고』라 합니다) 또는 재물의 손해(이하 『대물사고』라 합니다)를 입힘으로써 자녀 또는 민법 제755조에서 규정하는 자녀의 법정감독의무자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 『배상책임손해』라 합니다)를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 살고 있는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하『주택』이라 합니다)의 소유, 사용, 관리에 인한 우연한 사고
2. 피보험자(보험대상자)의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 또는 관리를 제외합니다)에 인한 우연한 사고

제4조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드지지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자, 법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
2. 계약자(법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 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 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 동거하는 친족에 대한 배상책임
2. 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이하는 별거의 친족에 대한 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)와 제3자간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)의 소유, 사용 또는 관리하는 재물에 대해서는 그 재물에 대한 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)의 심신상실에 인한 배상책임
6. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 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

제5조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
나. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
마. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 제1항의 손해에 대한 회사의 보상한도는 매 회의 사고마다 자기부담금(『대인배상책임』은 없음, 『대물배상책임』은 20만원)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 『대인배상책임』 및 『대물배상책임』 손해를 더한 금액으로 하되 아래와 같습니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도로 보상
2. 제1항 제2호의 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1항 제2호의 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보상한도액내에서 보상

제6조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

4-9. 화재대물배상책임0910 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

3-1. 화재손해 특별약관 제1조(특별약관의 소멸)에 따라 3-1.화재손해 특별약관 계약이 소멸된 때에는 이 특별약관 계약도 소멸됩니다.

제2조(보상하는 손해)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)상의 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 물건(이하 『보험목적』이라 합니다)에서 화재사고의 연소(延燒)로 인하여 타인의 재물에 대한 법률적인 배상책임을 부담함으로 입은 손해를 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다.

제3조(피보험자(보험대상자)의 범위)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)와 동거하는 친족, 동숙자, 일시 방문자나 피보험자 본인의 친족 또는 동숙자가 고용한 자는 피보험자(보험대상자)로 봅니다.

제4조(보상하지 아니하는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 계약자 또는 피보험자(법인의 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)의 고의 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 화재가 났을 때에 생긴 도난 또는 분실
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 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 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
2. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임

제5조(지급보험금)

① 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제5조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자(보험대상자)가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권(보험가입증서)상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
   마. 피보험자(보험대상자)가 배상책임관련 특별약관의 일반조항의 제6조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

② 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상하여 드립니다. 이 경우 이 특별약관의 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 이 특별약관의 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과하는 부분만 보상합니다.
2. 제1항 제2호의 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상
3. 제1항 제2호의 '다'목 또는 '라'목 의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액내에서 보상

제6조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동의를 한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 그러나 기명피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 법정대리인과 법정대리인이 선임될 때까지의 재산관리인을 그 의무범위내에서 피보험자로 합니다.

제7조(조사)

① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자(보험대상자)의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자(보험대상자)에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자(보험대상자)의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관 및 배상책임관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보

통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

5. 비용손해관련 특별약관의 일반조항

제1조(가입대상자)

비용손해관련 특별약관은 아래의 가입대상자 중 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사람을 피보험자(보험대상자)로 하여 각각의 비용손해관련 손해를 지급하여 드립니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(가입대상자) 제1항에서 정한 피보험자(보험대상자) 본인(이하 『본인』이라 합니다)
2. 본인의 배우자(가입시 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자를 말합니다. 이하 『배우자』라 합니다)
3. 본인의 가족관계등록상 부모
4. 배우자의 가족관계등록상 부모
5. 본인 또는 배우자의 가족관계등록상 자녀

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『운전중 사고』라 합니다)로 발생한 보험증권(보험가입증서)에 기재된 비용손해를 지급하여 드립니다.

② 제1항의 자동차라함은 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.

③ 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.

제3조(특별약관의 보장변경)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 계약기간중에 특별약관을 신규가입, 증액, 감액(이하 『보장변경』이라 합니다)할 수 있습니다. 이 경우 회사는 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하고, 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 제1항의 신규가입 또는 증액한 부분에 대한 회사의 보장은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 규정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

5-1. 벌금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 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 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료후에 이루어진 경우를 포함합

니다)을 1사고 마다 2,000만원을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
2 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제포함)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상 책임액의 합계액이 피보험자(보험대상자)가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-2. 방어비용 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 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 공소 제기된 경우에는 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 방어비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때

3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-3. 방어비용(약식기소 제외)1001 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 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 공소 제기(이하 『기소"라 합니다. 단 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 방어비용(약식기소 제외)으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자(보험대상자)가 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 약식명령공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-4. 면허정지·취소위로금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

1 회사가 제5조(면허취소위로금)에서 정한 면허취소위로금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.
2 제1항에 따라 특별약관이 소멸된 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입히거나 재물을 손상함으로써 피보험자(보험대상자)의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지 또는 취소되었을 경우에는 아래에 정한 금액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지위로금을 지급하지 아니합니다.

구분	면허취소위로금(1회한)	면허정지위로금
지급액	이 특별약관의 보험가입금액 100%	면허정지기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 1%

2 제1항의 면허정지기간이라 함은 행정기관의 교정교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 행정기관의 교정교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조회 확인서를 제출할 경우에는 그러하지 아니합니다.
3 제1항의 면허정지위로금은 면허정지기간동안 최고 60일을 한도로 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-5. 긴급비용 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고로 피보험자(보험대상자)의 운전중인 자동차가 가동불능상태가 되었을 경우에는 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 긴급비용으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 차량의 자체결함, 노후화, 정비불량에 인한 가동불능
6. 피보험자(보험대상자)의 운전회피
7. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)
1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)
이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-6. 형사합의지원금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀인 경우는 제외합니다)을 사망케 하거나, 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자(보험대상자)가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주) 또는 140일(20주)(피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다. 다만, 피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
자가용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 20%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%
	타인 사망시	보험가입금액의 150%
영업용	타인 사망시	보험가입금액의 150%

② 제1항에도 불구하고 타인을 사망케 하였을 때 타인의 100% 과실로 인한 경우에는 보험금을 지급하지 아니합니다

③ 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 자가용의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고로 인한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-7. 생활안정지원금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)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 의해 구속되었을 경우 1사고마다 구속기간 동안 최고 180일을 한도로 이 특별약관의 보험가입금액을 1일당 생활안정지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-8. 자동차보험료할증지원금 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』

에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인이나 자신의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다. 이하 같습니다)에 의사의 치료를 요하는 상해를 야기하였거나 타인의 재물에 손상을 입히는 사고를 야기하여 손해가 발생했을 경우에는 1사고마다 매년 사고발생일에 이 특별약관의 보험가입금액을 3회에 걸쳐 자동차보험료 할증지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 의사의 치료를 요하는 상해란 의사에 의한 치료, 처치를 말하며 자동차보험 대인배상 I의 타인의 신체상해손해 또는 종합보험 자기신체상해손해의 보상이 되었던 상해를 말합니다. 또한 타인의 재물에 손상을 입히는 사고란 종합보험 대물보상의 보상이 되었던 손해를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 사고를 일으킨 때

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-9. 형사합의사망지원금보장(자가용,영업용) 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인

(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀인 경우는 제외합니다)을 사망케한 경우 타인 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의사망지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분		형사합의사망지원금
자가용	타인 사망시	보험가입금액의 150%
영업용	타인 사망시	보험가입금액의 150%

② 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 수사관서에 형사상 피의자로 입건되지 아니한 경우에는 타인을 사망하게 한 경우에도 형사합의사망지원금을 지급하지 아니합니다.
③ 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 자가용의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고로 인한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-10. 형사합의진단지원금보장(자가용) 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자가용 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자(보험대상자)가 운전하던 자동차의 동승자는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주)

또는 140일(20주)(피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의진단지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
자가용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 20%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%

2 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-11. 형사합의진단지원금보장(영업용)0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 영업용 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제

외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주) 또는 140일(20주)(피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의진단지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
영업용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 20%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%

2 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자가용자동차를 운전하던 중에 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-12. 형사합의진단지원금추가_자가용확장(영업용)0704 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자가용 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)

로 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자(보험대상자)가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주) 또는 140일(20주)(피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의진단지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
자가용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 20%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%

2 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-13. 자동차보험료할증지원금0804 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인

이나 자신의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 의사의 치료를 요하는 상해를 야기하였거나 타인의 재물에 손상을 입히는 사고를 야기하여 손해가 발생했을 경우에는 1사고마다 이 특별약관의 보험가입금액을 자동차보험료할증지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 의사의 치료를 요하는 상해란 의사에 의한 치료, 처치를 말하며 자동차보험 대인배상 I의 타인의 신체상해손해 또는 종합보험 자기신체상해손해의 보상이 되었던 상해를 말합니다. 또한 타인의 재물에 손상을 입히는 사고란 종합보험 대물보상의 보상이 되었던 손해를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 사고를 일으킨 때

제4조(보험금 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 청구할 때에는 아래의 서류를 제출하여야 합니다.

① 보통약관 제2장(신체관련 보통약관)의 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)
② 자동차보험의 보험금 지급 관련 서류
③ 기타 관련 증명서류

제5조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-14. 형사합의사망지원금보장(자가용,영업용)0804 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지

급사유)에서 정한 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자 및 자녀인 경우는 제외합니다)을 사망케한 경우 타인 각각에 대해 이 특별약관의 보험가입금액을 형사합의사망지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
2 제1항에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 수사관서에 형사상 피의자로 입건되지 아니한 경우에는 타인을 사망하게 한 경우에도 형사합의사망지원금을 지급하지 아니합니다.
3 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 자가용의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고로 인한 경우에는 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-15. 형사합의진단지원금보장(자가용)0804 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자가용 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자(보험대상자)가 운전하던 자동차의 동승자는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주) 또는 140일(20주)(피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의진단지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보

험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
자가용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 30%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%

2 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-16. 형사합의진단지원금보장(영업용)0804 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 영업용 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주) 또는 140일(20주)(피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의진단지원금으로 보험수익자(보험금을

받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
영업용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 30%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%

2 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자가용자동차를 운전하던 중에 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-17. 형사합의진단지원금추가_자가용확장(영업용)0804 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 무배당 LIG웰빙보험 비용손해관련 특별약관의 일반조항 제2조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 자가용 자동차 운전중 사고(이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고는 제외합니다)로 【별표 23】 (교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서)에 해당하는 사고(단, 이 단서 중 7,8은 제외합니다. 이하 『중과실사고』라 합니다)를 일으켜 피해자(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자(보험대상자)가 운전하던 자동차의 탑승자는 제외합니다)가 42일(6주), 70일(10주) 또는 140일(20주)(피해자 1인에 대하여 한 사고로 최초 진단 이후에 추가 진단이 있는 경우에는 진

단일을 합하여 적용합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에 피해자 각각에 대해 아래의 금액을 형사합의진단지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 위 진단일의 경우 피해자 1인 기준이며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다.

구분		형사합의지원금
자가용	42일(6주)이상 70일(10주)미만 진단시	보험가입금액의 30%
	70일(10주)이상 140일(20주)미만 진단시	보험가입금액의 50%
	140일(20주)이상 진단시	보험가입금액의 100%

② 피보험자(보험대상자)가 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하는 사고를 일으킨 경우에는 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원을 제출하여야 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 제1항
2. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-18. 홀인원축하금0804 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 홀인원축하금을 지급한 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

② 제1항에 따라 특별약관이 소멸한 경우에는 회사는 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

③ 제1항의 특별약관의 소멸사유가 발생하기 이전에 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중 골프장에서 골프경기 중에 홀인원(Hole in One)을 행한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 홀인원축하금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 피보험자(보험대상자)라 함은 프로경력이 없는 자로 골프경기를 아마추어(Amateur)의

자격으로 행한 자를 말하며 골프의 경기 또는 지도를 직업으로 하는 자를 제외합니다.
3 제1항의「골프장」이라 함은 각 홀이 서로 다른 티잉그라운드(Teeing Ground), 해저드(Hazard), 퍼팅그린(Putting Green) 및 스루더그린(Through the Green)으로 구성된 18홀 이상을 보유하고 있는 국내 소재 골프장을 말합니다. 다만, 18홀 미만의 일반대중골프장 및 회원제골프장 또는 정규대중골프장에 부속된 18홀 미만의 대중골프장은 제외합니다.
4 제1항의「골프경기」라 함은 골프장에서 골프장에 속한 캐디를 보조자로 하고 동반경기자 2명 이상(골프장이 주최 또는 공동 주최한 공식경기의 경우에는 그러하지 아니합니다)과 기준타수(PAR) 35이상의 9홀을 정규로 라운드 하는 것을 말합니다.
5 제1항의「홀인원(Hole in One)」이라 함은 각 홀에서 제1타에 의해 볼이 직접 홀에 들어가는 것을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)
1 피보험자(보험대상자)가 골프장의 경영자 또는 사용인(임시고용인을 포함합니다)인 경우에 그 피보험자(보험대상자)가 경영하는 또는 고용되고 있는 골프장에서 행한 홀인원에 대해서는 보험금을 드리지 아니합니다.
2 피보험자(보험대상자)가 깔때기 홀(그린에 볼을 올리기만 하면 볼이 홀에 들어가도록 설계한 홀을 말합니다)에서 행한 홀인원에 대해서는 보험금을 드리지 아니합니다.

제4조(보험금 등 청구시 구비서류)
피보험자(보험대상자)가 이 특별약관에 따라 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(홀인원 증명서(동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 서명·날인(도장을 찍음)이 있어야 합니다))
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제5조(특별약관의 갱신)
1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-19. 유괴및정신피해위로금0804 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
1 회사는 피보험자(보험대상자)가 아래에서 정하는 사고에 의한 손해를 입은 경우에 이 약관에 따라 지급하여 드립니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으

로 '억류상태'에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 5세 계약해당일 이후의 보험기간 중에 타인의 폭력 또는 '집단따돌림'에 의해 정신과 의사의 치료를 받은 경우

② 제1항 제1호의 억류상태란 아래와 같은 경우를 말합니다.
1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것
2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨 두는 것
3. 제1호의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고, 접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보상하지 아니합니다.

③ 제1항 제2호의 집단따돌림이란 피보험자(보험대상자)가 동료집단 내에서 폭력, 협박, 놀림, 희롱, 무시, 무언 또는 이와 유사한 행위를 당하는 것을 말합니다.

제3조(유괴납치위로금)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제1호에 정한 사고를 당한 경우 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고 접수한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류해제 되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 1일당 10만원을 유괴납치위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

제4조(정신피해치료비)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 5세 계약해당일 이후의 보험기간 중에 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호의 사고를 당한 경우 300만원을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담한 의료비 전액을 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 보험계약에 대하여 다른 보험계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항의 비용을 초과했을 때, 회사는 이 보험계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 치료비를 지급하여 드립니다.

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-20. 선천이상수술비 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특약의 체결)

이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다)은 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(피보험자(보험대상자)의 범위) 제1항의 제1호 및 제2호에 해당하는 자가 제2장(신체관련 보통약관)에 가입된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특약에서의 피보험자(보험대상자)는 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 본인이 남자인 경우에는 가족관계등록상의 배우자에 의하여 태어난 자녀(이하 『신생아』라 합니다)로 하며, 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 본인이 여자인 경우에는 피보험자(보험대상자)(다만,

이 특약 체결시 임신22주 이내에 한합니다. 이하 『임산부』라 합니다)에 의하여 태어난 신생아(다만, 인공수정에 의한 임신은 제외합니다)로 합니다.

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 【별표 31】(선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(이하 『선천이상』이라 합니다)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 수술1회당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상수술비으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게지급하여 드립니다.

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 선천이상수술비를 지급하여 드리지 아니합니다.

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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 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) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-21. 신생아보장 특별약관
(저체중아육아비용, 신생아입원일당)

제1조 (특약의 체결)

이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다)은 제1장(보통약관의 공통사항) 제3조(피보험자(보험대상자)의 범위) 제1항의 제1호 및 제2호에 해당하는 자가 제2장(신체관련 보통약관)에 가입된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조 (피보험자(보험대상자)의 범위)

이 특약에서의 피보험자(보험대상자)는 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 본인이 남자인 경우에는 가족관계등록상의 배우자에 의하여 태어난 자녀(이하 『신생아』라 합니다)로 하며, 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 본인이 여자인 경우에는 피보험자(보험대상자)(다만, 이 특약 체결시 임신22주 이내에 한합니다. 이하 『임산부』라 합니다)에 의하여 태어난 신생아(다만, 인공수정에 의한 임신은 제외합니다)로 합니다.

제3조 (보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 아래 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약에 따라 지급하여 드립니다.
1. 이 특약의 보험기간 중에 임산부가 미숙아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다)를 출산하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용했을 때 최고 60일을 한도로 하여2일 초과 인큐베이터 사용1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 저체중아

육아비용보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

2. 이 특약의 보험기간 중에 신생아가 【별표 32】 출생전후기에 발생한 주요병태 분류표(이하 『출생전후기 질병』이라 합니다)에서 정하는 질병을 원인으로 그 치료를 직접목적으로하여 4일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때 3일초과 1일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 신생아 입원일당으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다. 단, 신생아 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

2 제1항 제2호의 경우 신생아가 동일한 출생전후기 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 출생전후기 질병에 의한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

3 제1항 제2호의 경우 입원기간 중에 특약의 보험기간이 만료되었을 때에는 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 위의 신생아입원일당은 계속하여 보장하여 드립니다.

4 다태아 출산의 경우 태어난 각각의 신생아에 대하여 이 특약에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 이 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아육아비용 및 신생아입원일당을 지급하여 드리지 아니합니다.

제5조 (출생전후기의 정의)

이 특약에서 『출생전후기』라 함은 임신 28주부터 생후 1주 사이의 기간을 말합니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 출생전후기 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원등 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 신생아의 출생일로부터1년으로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-22. 교통사고처리지원금(자가용,영업용)0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 합의금으로 지급한 금액(이하 『형사합의금』이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익

자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우

② 『중대법규위반 교통사고』로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 하며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다. 다만 피해자 1인에 대하여 하나의 사고로 최초 진단이후에 추가진단이 있을 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다.) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

③ 『일반교통사고』로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【별표 35】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

2 제1항의 교통사고처리지원금은 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(【별표23】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

4 제1항에서 『일반교통사고』라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

5 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)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 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 지급하여 드립니다.

<용어풀이>
「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

7 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 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.

8 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.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 피보험자(보험대상자)의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수계약(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 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-23. 교통사고처리지원금(자가용확장-영업용)0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,
당 특약 旣가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 아래에 해당하는 상해를 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 합의금으로 지급한 금액(이하 『형사합의금』이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

① 피해자를 사망하게 한 경우

② 『중대법규위반 교통사고』로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 하며, 다수 피해자의 진단일을 합하여 계산하지 아니합니다. 다만 피해자 1인에 대하여 하나의 사고로 최초 진단이 후에 추가진단이 있을 경우에는 진단일을 합하여 적용합니다.) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

③ 『일반교통사고』로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【별표 3

5】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우

② 제1항의 교통사고처리지원금은 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(【별표23】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교통사고로 보지 아니합니다.

④ 제1항에서 『일반교통사고』라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

⑤ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)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 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 지급하여 드립니다.

<용어풀이>
「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑦ 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 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.

⑧ 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.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용확장의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제4조(보험금의 비례분담)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수계약(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 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제5조(특별약관의 갱신)
1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-24. 중상해교통사고처리지원금(자가용,영업용)0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)

제1조(특별약관의 소멸)
이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)
1 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 『일반교통사고』로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【별표 35】 참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 합의금으로 지급한 금액(이하 『형사합의금』이라 합니다)을 중상해교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
2 제1항의 중상해 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.
3 제1항에서 『일반교통사고』라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고(교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표23】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.)에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.
4 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)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
5 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공

탁금액을 제2항의 금액을 한도로 지급하여 드립니다.

<용어풀이>
「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑥ 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 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.
⑦ 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.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

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

1. 피보험자(보험대상자)의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해교통사고처리지원금을 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 초과하는 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 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.
② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

5-25. 중상해교통사고처리지원금(자가용확장-영업용)0910 특별약관 【세만기 및 갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영할 수 있습니다)
(당 특약은 신규판매가 중지되었으며,

당 특약 (既가입자용으로만 운용됩니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자(보험대상자)의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다.)에게 『일반교통사고』로 피해자에게 형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해를 입혀 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다.)되거나 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(【별표 35】참조)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자(보험대상자)가 합의금으로 지급한 금액(이하 『형사합의금』이라 합니다)을 중상해교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 중상해 교통사고처리지원금은 피해자 1인당 3천만원을 한도로 합니다.

③ 제1항에서 『일반교통사고』라 함은 급격하고도 우연한 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고(교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서(【별표23】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다.)에 해당되지 아니하는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 일반교통사고로 보지 아니합니다.

④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)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

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2항의 금액을 한도로 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

「형법 제258조 제1항 또는 제2항의 중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

⑥ 제1항의 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 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.

⑦ 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.

제3조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의(자해, 자살, 자살미수 포함)
2. 계약자의 고의
3. 피보험자(보험대상자)가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던

중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(보험대상자)가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
6. 자가용확장의 경우에는 피보험자(보험대상자)가 자동차를 영업목적으로 운전하던중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제2조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 중상해교통사고처리지원금을 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 초과하는 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 갱신)

① 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 **제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은** 제외합니다.

5-26. 유괴납치위로금0910 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

제1조(특별약관의 소멸)

이 특별약관의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 해당 피보험자(보험대상자)의 이 특별약관의 사망 당시 책임준비금을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드리고, 해당 피보험자(보험대상자)에 대한 이 특별약관은 소멸됩니다.

제2조(보험금의 종류 및 지급사유)

①회사는 피보험자(보험대상자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 '억류상태'에 놓이게 되어 관할행정기관에 신고한 시점부터 72시간이 지난 시점까지 구출 또는 억류해제되지 않은 경우 사고발생 사실을 관할행정기관에 신고 접수한 시점부터 피보험자(보험대상자)가 구출 또는 억류해제 되거나 사망사실이 확인된 시점까지 90일을 한도로 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 유괴납치위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 억류상태란 아래와 같은 경우를 말합니다.

1. 신체적으로 직접 구속하여 장소적으로 일정한 구획 밖으로 나가지 못하게 하는 것
2. 기망 또는 유혹의 수단이나 폭행 또는 협박을 수단으로 하여 현재 보호되고 있는 상태에서 벗어나게 하여 자기 또는 제3자의 지배아래 옮겨 두는 것
3. 제1호의 사고발생에 대해서는 관할 행정기관에 신고, 접수한 시점에서 1년 이내에 관할 행정기관에 의해 유괴, 납치, 불법감금으로 판명되어야 사고로 인정합니다. 다만, 단순한 가출이나 실종으로 행방이 불명한 경우에는 보험금을 드리지 아니합니다.

제3조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관 및 비용손해관련 특별약관 일반조항에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제16조(보험금 지급에 관한 세부규정)은 제외합니다.

7. 실손의료비0910 특별약관 【갱신계약】
(이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다)

실손의료비 특별약관은 사람의 질병·상해 또는 이로 인한 간병에 관한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 담보입니다

제1장 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 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2장 회사가 보상하는 사항

제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

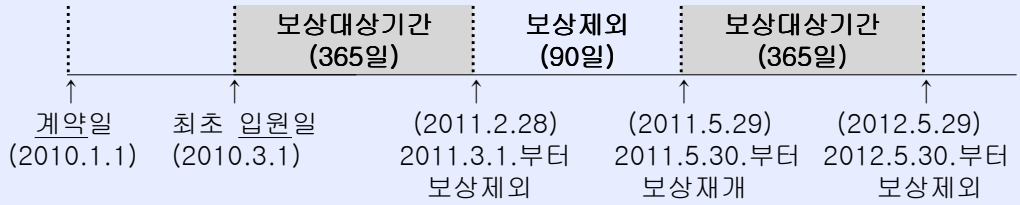
(1) 상해입원형

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.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'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)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

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(국민건강보험법에서 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.

<보장기간 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.

(2) 상해통원형

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.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	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.

<보장기간 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 때 외래에 대한 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

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(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 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.

(3) 질병입원형

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.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'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)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

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(국민건강보험법에서 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.

<보장기간 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.
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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

(4) 질병통원형

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.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
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.

<보장기간 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 때 외래에 대한 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

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(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을

외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
9 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

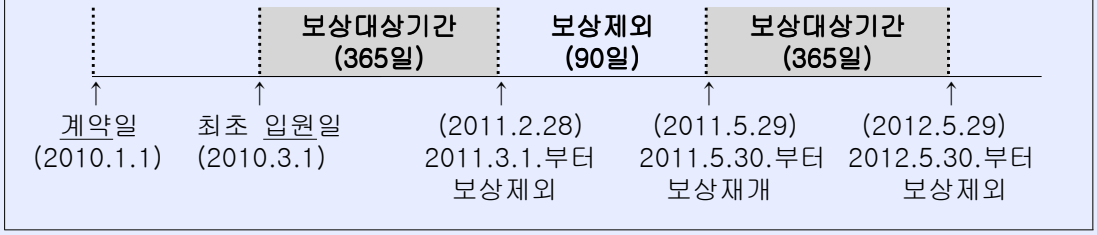
(5) 종합입원형

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.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	'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)
상급병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)

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)가국민건강보험법 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.

<보장기간 예시>



6 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대

하여는 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 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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
11 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

(6) 종합통원형

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.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액주)을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

<표1 항목별 공제금액>

구 분	항 목	공제금액
외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
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 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 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
5 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.

<보장기간 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 때 외래에 대한 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 이 약관 제16조(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.

(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, 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 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(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 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
   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, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동
2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 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 의료급여관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 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
   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 제5차 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 의료급여관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 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 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 제5차 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(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 의료급여관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 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 검열

반 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 관련없는 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

(5) 종합입원형

1 상해에 대하여는 '(1) 상해입원형'을 적용합니다.
2 질병에 대하여는 '(2) 질병입원형'을 적용합니다.

(6) 종합통원형

1 상해에 대하여는 '(3) 상해통원형'을 적용합니다.
2 질병에 대하여는 '(4) 질병통원형'을 적용합니다.

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 보험의 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 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(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.

제11조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(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 제22조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내

용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
② 제24조(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(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)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제14조(보험료의 자동대출납입)
1 계약자는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제15조(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.

제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))
1 제15조(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 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 보험의 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), 제22조(계약 전 알릴의무) 및 제24조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제17조(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.

제18조(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.

제19조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 아니합니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제20조(다수보험의 처리)

1 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 다수보험액에 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.

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

제21조(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

제22조(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 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제23조(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 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.

제24조(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 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항제1호의 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 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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

④ 제1항제1호에 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 제23조(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 지급

을 거절하지 아니합니다.

제25조(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

2 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

제26조(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 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제8장 보험금 지급의 절차 등

제27조(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.

제28조(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.

제29조(보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제30조(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 의원이어야 합니다.

제31조(보험금의 지급)
1 회사는 제30조(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 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 통지하여 드립니다.

3 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 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 제24조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급 사유조사와 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.

제32조(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.

제33조(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 보험의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 보험의 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제34조(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

제35조(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 제15조(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

제36조(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 계약체결을 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.

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

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.

제37조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제38조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제39조(관할법원)

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

제40조(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.

제41조(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.

제42조(회사의 손해배상책임)

1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자에게 발생된 손해에 대하여는 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.

제43조(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.

제44조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제45조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제10장 기타 운용에 관한 사항

제46조(특별약관의 갱신)

1 이 특별약관은 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

2 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

제47조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다. 단, 이 특별약관에서는 제2장(신체관련 보통약관)에서 정한 제15조(보험금의 종류 및 지급사유), 제16조(보험금지급에 관한 세부규정) 및 제17조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)는 제외합니다.

<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 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨

용 어	정 의
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
국민건강보험 법상 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
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
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
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인 부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름.

8. 보험관리계좌 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에 사용하는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

1. 적립기간 : 이 특별약관이 부가된 날부터 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 만기일까지의 기간을 말합니다.
2. 기본보험료 : 계약자가 이 특별약관의 보험기간동안 매월 정기적으로 납입하는 보험료로 보장보험료와 적립보험료로 구성됩니다.
3. 보장보험료 : 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 및 무배당 LIG웰빙보험 특별약관(단, 6. 자동차관련 특별약관의 손해는 제외합니다. 이하 『보장특별약관』이라 합니다)의 손해를 보상하는 필요한 보험료로 매월 납입해야 하는 보험료를 말합니다.
4. 적립보험료 : 제3조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에서 정한 대체납입을 목적으로 적립기간동안 매월 납입하는 보험료를 말하며, 사업방법서에서 정한 범위내에서 납입할 수 있습니다.
5. 자동차관련보험료 : 보통약관 제2장(자동차관련 보통약관) 및 6. 자동차관련 특별약관의 손해를 보상하는데 필요한 보험료로서 일시 또는 분할 납입해야 하는 보험료(단, 최초 계약시의 초회보험료는 제외합니다)를 말합니다.
6. 추가보장보험료 : 계약자가 계약내용 변경 등으로 일시적으로 납입해야 하는 보험료를 말합니다.
7. 추가적립보험료 : 제3조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에서 정한 대체납입을 목적으로 계약자가 적립기간 동안 부정기적으로 납입하는 보험료를 말하며, 사업방법서에서 정한 범위내에서 납입할 수 있습니다.
8. 적립순보험료 : 적립보험료 및 추가적립보험료에서 예정사업비를 공제한 보험료를 말합니다.

제2조(기본보험료의 변경)

계약자는 이 특별약관 체결 후 회사가 정한 바에 따라 장래에 대하여 기본보험료를 변경할 수 있습니다.

제3조(적립금에 의한 보험료의 대체 납입)

① 계약자가 기본보험료를 납입 유예일 말일까지 납입하지 아니한 경우에는 회사는 제5조(해지환급금)에서 정한 해지환급금(이하 『적립해지환급금』이라 합니다) 범위내에서 보장보험료를 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일에 자동으로 대체납입합니다.

② 계약자가 자동차관련보험료를 납입 유예일 말일까지 납입하지 아니한 경우에는 회사는 적립해지환급금 범위내에서 자동차관련보험료를 자동차관련보험료의 납입유예기간 말일에 자동으로 대체납입합니다.

③ 계약자가 계약내용 변경 등에 따라 일시적으로 발생하는 추가보장보험료의 대체납입을 요청할 경우에는 회사는 적립해지환급금 범위내에서 즉시 대체하여 드립니다.

④ 위의 제1항 및 제2항의 대체납입이 적립해지환급금의 부족으로 보장보험료 및 자동차관련보험료의 일부만 대체납입이 가능한 경우에는 아래에 정한 순서에 의해 처리합니다.

1. 자동차관련보험료(자동차가 2대이상인 경우에는 보험료 납입해당일이 빠른 순서대로 먼저 대체 납입합니다)
2. 보장보험료

제4조(중도인출)

계약자는 보험계약일 이후 1년이상 유지된 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점에서 계산된 이 특별약관의 해지환급금(이 특별약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다)의 80% 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험년도 기준 연 4회에 한하여 중도인출을 할 수 있습니다. 이 때 중도인출의 총 누적액은 중도인출을 한번도 지급하지 않았을 경우의 해지환급금의 80%를 한도로 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

제5조(해지환급금)

1 이 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이 때 회사는 적립순보험료에 대하여 제1회 보험료 납입일(이 특별약관의 자동갱신시에는 갱신일)부터 보험료 납입경과기간에 따라 이 보험의 공시이율로 적립한 금액(제3조(적립금에 의한 보험료의 대체납입)에 따라 보험료로 대체 납입된 경우에는 그 금액과 제4조(중도인출)에 정한 중도인출액이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 공제한 후의 금액)을 지급하여 드립니다. 다만, 적립기간 중에 이 보험에 적용되는 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 2%로 합니다.

2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

3 제1항의 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부 지표금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법으로 산출합니다.

4 회사는 제1항의 공시이율을 회사의 인터넷홈페이지 등에 매월 공시합니다.

< 최저보증이율 >
회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

제6조(만기환급금)

1 회사는 적립기간이 끝난 때에는 제5조(해지환급금) 제1항에 따라 공시이율로 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

2 그러나, 제8조(보험계약대출)에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급하여 드립니다.

제7조(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 기간 중 1년 이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 환급금에 더하여 지급하여 드립니다.

제8조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 『보험계약대출』이라 합니다)을 받을 수 있습니다.

2 계약자는 제1항의 규정에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제12조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 보통약관 및 특별약관의 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.

<보험계약대출이율>
해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제9조(특약의 소멸)

회사는 이 보험의 모든 보장계약(손해의 보상을 내용으로 한 보통약관 및 특별약관의 계약을 말합

니다)이 소멸되는 경우, 이 특약은 자동적으로 소멸되며 회사는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

가. 보험관리계좌특약 자동갱신 추가특별약관

제1조(특약의 적용)

이 보험관리계좌특약 자동갱신 추가특별약관(이하 『추가특약』이라 합니다)은 회사와 계약자간에 보험관리계좌특별약관(이하 『보험관리계좌특약』이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보험관리계좌특약의 자동갱신)

1 계약자가 종전의 보험관리계좌특약(이하 『갱신전 보험관리계좌특약』이라 합니다) 만기일의 1개월 전까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 보험관리계좌특약 만기일의 다음날(이하『갱신일』이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

2 갱신된 보험관리계좌특약(이하 『갱신 보험관리계좌특약』이라 합니다)의 적립기간은 갱신전 보험관리계좌특약의 적립기간과 동일합니다. 단, 갱신 보험관리계좌특약 만기일이 보통약관의 만기일을 초과할 경우에는 보통약관의 만기일까지의 기간을 갱신 보험관리계좌특약의 적립기간으로 합니다.

3 7.보험관리계좌특약 제7조(환급금의 지급)에도 불구하고 만기환급금 지급사유가 발생한 날의 다음달 말일까지 계약자가 만기환급금을 인출하지 아니한 경우에는 사업방법서에서 정한 범위내에서 만기환급금을 갱신 보험관리계좌특약의 추가적립보험료로 납입한 것으로 합니다.

4 7.보험관리계좌특약 제1조(용어의 정의) 제8호에도 불구하고 제3항에 따라 만기환급금을 추가적립보험료로 납입한 때에는 전액 적립순보험료로 처리합니다.

5 보험관리계좌특약의 적립기간중에 7.보험관리계좌특약 제1조(용어의 정의) 제3호에서 정의한 보장보험료의 납입이 완료되어 이후 보장보험료의 납입이 없을 경우에는 보험관리계좌특약을 갱신하여 드리지 아니합니다.

제3조(갱신 보험관리계좌특약 제1회 보험료의 납입유예와 계약의 해제)

계약자가 갱신 보험관리계좌특약 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신 보험관리계좌특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 보험관리계좌특약은 해제합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특약에서 정하지 않은 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관) 및 보험관리계좌특약을 따릅니다.

9. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특약의 적용)

이 보장특약 자동갱신 특별약관(이하 『특약』이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 무배당 LIG웰빙보험 특별약관(이하 『보장특약』이라 합니다. 단, 6. 자동차관련 특별약관 은 제외합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)

1 보장특약이 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기되는 날의 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 『갱신보장특약』이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

2 갱신보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 계약자의 요청에 의해 보험기간을 변경할 수 있습니다.

3 제1항에 따라 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 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2항(신체관련 보통약관) 제22조(상해보험 계약후 알릴의무)를 적용합니다.

제3조(자동갱신 적용)

1 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 보험약관은 가입시점의 약관을 적용합니다. 다만 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 개정된 경우 갱신일 현재의 약관을 적용하며 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

2 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다

제4조(갱신보장특약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

1 계약자는 제2항(보장특약의 자동갱신)에 의해 보장특약이 자동갱신된 경우에는 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하여야 합니다.

2 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신일까지 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 아니한 때에는 보장특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하여야 하며, 계약자가 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 경우 보장특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일 다음날 해당 보장특약은 해제된 것으로 봅니다.

3 계약자가 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 않는 경우 보장특약의 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다.

10. 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 에 의한 실손의료비 보장계약 갱신 특별약관

제1조 (특약의 적용)

이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다)은 2009년 8월 1일부터 2009년 9월 30일 이전에 계약을 체결한 아래의 실손의료비 보장특약(이하 『갱신전 보장특약』이라 합니다.)을 보험업감독규정 부칙(금융위원회 고시 제2009-43호, 2009.7.22)[시행 2009.8.1] 제2조 제2항 단서에 따른 실손의료비 보장특약(이하 『갱신후 보장특약』이라 합니다.)으로 갱신하는 경우에 적용합니다.

1. 상해입원의료비(3천만원한도) 특별약관
2. 상해통원의료비(10만원한도) 특별약관
3. 질병입원의료비III(3천만원한도) 특별약관
4. 질병통원의료비III(10만원한도) 특별약관
5. 상해입원의료비(5천만원한도) 특별약관

6. 상해통원의료비(20만원한도) 특별약관
7. 상해입원의료비(1억원한도) 특별약관
8. 상해통원의료비(30만원한도) 특별약관
9. 상해통원의료비(100만원한도) 특별약관
10. 질병입원의료비III(5천만원한도) 특별약관
11. 질병통원의료비III(20만원한도) 특별약관
12. 질병입원의료비III(1억원한도) 특별약관
13. 질병통원의료비III(30만원한도) 특별약관
14. 질병통원의료비III(100만원한도) 특별약관

제2조 (갱신전 보장특약의 갱신 및 갱신후 보장특약의 적용)
1 다음 각호의 조건을 충족하고, 갱신전 보장특약이 만기되는 날의 전일까지 계약자의 별도 의사표시가 없을 때에는 갱신전 보장특약이 만기되는 날의 다음날(이하 『갱신일』이라 합니다)에 갱신후 보장특약으로 갱신되는 것으로 합니다.
① 갱신후 보장특약 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
② 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
③ 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
2 제1항의 갱신에 따른 갱신후의 보장내용, 가입금액, 보험기간, 보험료의 납입방법 등은 사업방법서 및 갱신후 보장특약의 약관을 따르며, 갱신후 보장특약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 적용합니다.
3 회사는 갱신후 보장특약의 보장내용, 가입금액, 보험기간, 보험료의 납입방법 및 보험료에 대하여 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 서면으로 안내하여 드립니다.
4 회사는 제1항 내지 제3항에 의하여 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 갱신되는 경우 변경된 보험증권(보험가입증서)을 발행하여 드립니다.

제3조 (갱신후 보장특약 제1회 보험료의 납입유예와 계약의 해제)
1 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 아니한 때에는 갱신일이 속하는 달의 다음달 말일까지를 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예기간 안에 보험료가 납입되지 아니한 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약을 해제합니다.
2 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신후 보장특약에 따라 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 (갱신보장특약의 보장개시)
제2조(갱신전 보장특약의 갱신 및 갱신후 보장특약의 적용)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제5조 (준용규정)
이 특약에서 정하진 아니한 사항은 보통약관 및 갱신후 보장특약을 따릅니다.

11. 출생전 자녀 가입 특별약관

제1조(피보험자(보험대상자)의 범위)
1 이 특약에서의 피보험자(보험대상자)로 될자가 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자)로부터 태어난 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 가족관계등록부 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 특별약관을 무효로 합니다.
2 계약자는 제1항의 사실이 발생된 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
3. 보험증권(보험가입증서)
4. 최종보험료 영수증
3 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

제4조(복수출생의 경우)
1 태아가 복수로 출생한 경우에는 가족관계등록부 상 선순위로 기재된 자를 피보험자(보험대상자)로 합니다.
2 제1항에도 불구하고 계약자가 제1항의 가족관계등록상 먼저 기재된 자가 아닌 다른 출생아를 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 새로운 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 가족관계등록부 또는 주민등록등본
3. 보험증권(보험가입증서)
5 제3항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자(보험대상자)의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그때부터 변경후의 피보험자(보험대상자)에 대해서 계약상의 보장을 합니다.
6 제1항 내지 제3항의 경우에는 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.
7 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경이 이루어진 경우에는 변경전 피보험자(보험대상자)에 대한 사망위로금이 지급되지 아니합니다.
8 계약자가 원래의 피보험자(보험대상자)를 고의로 사망케한 경우에는 제3항의 피보험자(보험대상자) 변경을 하지 아니합니다.

제5조(보험나이 계산 및 특례)
1 계약일에 있어서의 피보험자(보험대상자)의 보험나이는 0세로 합니다.
2 피보험자(보험대상자)의 보험나이는 계약일로부터 출생일까지 나이가 증가하지 아니하며 매년 출생해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

제6조(보험료 정산에 관한 사항)
계약체결시 가입자녀가 태아일 경우의 보험료는 남자 0세 보장보험료의 합계액과 여자 0세 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용하며, 출생후 가입자녀의 성별이 확정되었을 경우에는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.

제7조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 및 제2장(신체관련 보통약관)을 따릅니다.

12. 계약기간 연장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)
이 특별약관은 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 체결되어 있는 유효한 보험계약의 보험계약자가 보통약관 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자) 중 고연령자의 보험기간 종료일(계약연령(보험나이) 80세) 1개월 이전까지 계약기간 연장을 신청한 경우, 회사와 계약자의 합의가

있는 경우에 한하여 저연령자의 계약연령(보험나이) 100세 계약해당일 전일 이전까지 계약기간을 연장하는 경우에 적용합니다. (이하 이미 체결되어 있는 유효한 보험계약은 『연장전 계약』, 저연령자의 계약연령(보험나이) 100세 계약해당일 전일 이전까지 계약기간을 연장하는 경우 보험계약은 『연장후 계약』, 고연령자의 보험기간 종료일(계약연령(보험나이 80세)을 『계약연장 해당일』이라 합니다)

제2조(특별약관의 적용)

1 보험계약자는 제1조(특별약관의 체결)에서 정한 계약기간을 연장하는 경우 보통약관 제2장(신체관련 보통약관)의 본인 또는 배우자의 보험기간 종료시점(계약연령(보험나이) 80세 시점)부터 본인 또는 배우자의 계약연령(보험나이) 100세 계약해당일 전일까지의 기간내에서 이 보험의 보통약관 및 아래의 특별약관의 보험기간을 정할 수 있으며, 회사는 이를 보험증권(보험가입증서)에 기재하여 드립니다.

1. 일반상해사망 특별약관
2. 일반상해후유장해 특별약관
3. 일반상해고도후유장해연금 특별약관
4. 교통상해사망 특별약관
5. 교통상해후유장해 특별약관
6. 교통상해고도후유장해연금 특별약관
7. 대중교통이용중교통상해 특별약관
8. 상해입원비 특별약관
9. 상해간병비 특별약관
10. 상해골절수술위로금 특별약관
11. 화상발생위로금 특별약관
12. 상해골절진단위로금 특별약관
13. 상해골절진단위로금0704 특별약관
14. 질병입원비 특별약관
15. 실손의료비0910 특별약관

2 제1항에 의해 특별약관을 가입하는 경우 9. 보장특약 자동갱신 특별약관에 의해 계약자의 선택에 따라 자동갱신으로 운영할 수 있습니다.

3 제1항에 의해 계약기간을 연장하는 경우에는 계약연장 해당일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

제3조(계약기간 연장 후 보장개시)

제2조(특별약관의 적용)에서 정한 절차에 따라 계약기간을 연장할 경우 연장후 계약의 보장개시일은 연장전 계약의 보통약관 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자)별 보험기간 종료일(계약연령(보험나이) 80세 시점)로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다.

13. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) (『2. 상해관련 특별약관』 및 『3. 질병관련 특별약관』이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 『신체관련 보통약관』이라 합니다)의 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 신체관련 보통약관에 부가하여 이루어 집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 신체관련 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 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가

하여 이루어 집니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 신체관련 보통약관의 내용에도 불구하고 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 신체관련 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 붙인것과 배기량 125㏄이하로서 3륜이상인 자동차를 포함합니다)】와 배기량이 50㏄미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59㎾미만)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 확인원등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 신체관련 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제13조(보험료 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 및 제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))에 따라 신체관련 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제2장(신체관련 보통약관) 및 신체관련 보통약관에 부가된 상해관련 특별약관, 질병관련 특별약관을 따릅니다.

14. 특정부위 및 질병 부담보 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) (『2. 상해관련 특별약관』 및 『3. 질병관련 특별약관』이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 『신체관련 보통약관』이라 합니다)의 보험계약을 체결할 때 피보험자(보험대상자)의 건강상태가 우리회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 우리회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제2장(신체관련 보통약관) 제9조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.

3 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

4 보통약관 및 이 특별약관에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각호의 경우에는 계약을 무효로 하지 아니합니다.

① 이 특별약관 제2조(특별 면책(회사가 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(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에【별표 33】(특정부위·질병 분류표)중에서 다음 각호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만 질병으로 인하여 사망하거나 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하「후유장해」라 합니다)되어 【별표1】(장해분류표)에서 정한 지급률이 80%이상장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그러하지 아니합니다.

① 회사가 지정한 부위(이하「특정부위」라 합니다)에 발생한 질병 (【별표33-1】(특정부위 분류표)) 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 아니합니다.)
② 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다) (【별표33-2】(특정질병 분류표)

2 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1년부터 5년」 또는 「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

3 제2항에서 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간을 「보험계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 보험계약 청약일부터 5년이내에 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병 및 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병, 또는 제1항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 아니합니다.

4 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 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 특정질병이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
③ 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우

5 피보험자(보험대상자)가 회사가 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

6 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

7 제1항의 특정부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제13조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 및 제14조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관 제1장(보통약관의 공통사항) 제2장(신체관련 보통약관) 및 신체관련 보통약관에 부가된 상해관련 특별약관, 질병관련 특별약관을 따릅니다.

15. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

1 계약자와 동일한 제2장(신체관련 보통약관)의 피보험자(보험대상자)에 대해서만 이 선지급서비스 특별약관(이하『특별약관』이라 합니다)을 부가할 수 있습니다.

3 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.

2 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 『사망보장특별약관』이라 합니다)이 부가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

1 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 전문의 자격을 가진자가 실시한 진단 결과 피보험자(보험대상자)의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보험금의 50%를 선지급 사망보험금(이하 『보험금』이라 합니다)으로 피보험자(보험대상자)에게 지급합니다.

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 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 아니합니다.

3 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장특별약관에 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.
4 사망보장특별약관에 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.
5 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 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 사망보장특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리청구인)

1 계약자가 이 특별약관의 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 미리지정하거나 또는 제4조(지정대리청구인의 변경지정)의 규정에 따라 변경지정한 다음의 자(이하 『지정대리청구인』 이라 합니다)가 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험금 수익자의대리인으로서 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 3촌이내의 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 보험사고)

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 등 청구시 구비서류)

1 피보험자(보험대상자) 또는 지정대리청구인은 제1조에 정한 특별약관의 보험기간 중에 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 이 특별약관의 보험금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
② 사고증명서(종합병원에서 발급한 진단서)
③ 보험증권(보험가입증서)
④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서 포함)
⑤ 피보험자(보험대상자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)
⑥ 피보험자(보험대상자) 및 지정대리청구인의 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
⑦ 기타, 피보험자(보험대상자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 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 의료기관이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급)

1 회사는 제7조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수후 10일 이내에 드립니다
2 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자(보험대상자)의 진단을 요구한 경우에는 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니합니다.
3 회사는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지급기일 내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

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

제9조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 및 사망보장특별약관을 따릅니다.

16. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)
이 특별약관(이하 『특약』)은 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 보험계약자는 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(보험대상자)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 변경지정을 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 등 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 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

17. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)
계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.

제2조(보험료의 영수)
자동납입일자는 이 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 매월 회사가 정하는 날중 보험계약자가 희망하는 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 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가특별약관

제1조(보험료의 납입)
1 보험계약자는 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 보험계약자의 귀책사유로 보험료의 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 무배당 LIG웰빙보험 보통약관(이하 『보통약관』이라 합니다) 제2장(신체관련 보통약관) 제1조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.
2 제1항의 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기관의 해당계좌에서 제1회 보험료를 받고 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제2조(계약후의 알릴의무)
계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

18. 신용카드 이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)

회사는 이 특별약관에 따라 신용카드회사(이하 『카드회사』라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회 보험료를 납입하는 경우나 카드회사의 카드회원인 계약자가 회사와 보험대리점 계약을 체결한 신용카드 법인대리점을 통하여 보험료를 자동납입하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

회사는 이 특별약관에 따라 보험계약자가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하기 위하여 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다.(다만, 계약자의 귀책사유로 카드승인이 불가능한 경우에는 실제 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다)

제3조(사고카드계약)

① 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

② 제1항의 사고카드라 함은 유효기간이 지난 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지된 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 무배당 LIG웰빙보험 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

19. 계약분리 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 특별약관은 제1장 총칙 (이하 『총칙』이라 합니다.)에서 정한 피보험자(보험대상자)의 범위 중 2인 이상의 피보험자(보험대상자)가 가입되어 있는 유효한 계약을 제3조(계약분리 대상사유)로 인하여 2개 이상의 계약으로 분리하는 경우에 적용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용하는 용어의 의미는 아래와 같습니다.

1. 원 계약 : 계약분리의 대상이 되는 계약으로 2인 이상의 피보험자(보험대상자)가 가입되어 있는 유효한 계약
2. 자계약 : 원 계약에서 분리되어져 나가는 피보험자(보험대상자)에게 새롭게 형성되는 계약
3. 모계약 : 원 계약에서 자계약이 분리되고 난 이후 원 계약의 계약자에게 잔존하는 계약

제3조(계약분리 대상사유)

이 특별약관에 의하여 계약분리를 적용할 수 있는 경우는 원 계약의 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 아래에 정한 사항 중 하나 이상이 발생한 경우에 한합니다.

1. 이혼
2. 결혼
3. 가족관계등록 또는 주민등록상 세대분가
4. 기타 계약관리상 필요하다고 회사가 인정하는 경우

제4조(계약분리 대상이 되는 보장)

① 이 특약에 따라 원계약에서 자계약으로 분리되는 보장은 제2장(신체관련 보통약관) 및 특별약관을 그 대상으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고, 특별약관 중 보험관리계좌특별약관과 아래에 정한 특약은 계약분리 대상에서 제외합니다. 다만, 계약분리 이후 자계약에서 계약변경을 통하여 보험관리계좌특별약관』 및 보장을 추가하는 것은 가능합니다.

1. 재물관련특별약관
2. 배상책임관련특별약관 (단, 일상생활배상책임 특별약관, 일상생활배상책임II0804 특별약관, 자녀배상책임특별약관, 자녀배상책임II0804특별약관, 가족일상생활배상책임특별약관, 가족일상생활배상책임II0710특별약관은 계약분리 대상에 포함됩니다.)

제5조(계약분리 방법)

① 계약분리는 제3조(계약분리 대상사유)에서 정한 사유가 발생한 후 계약자의 서면에 의한 신청이 있어야 하며, 회사가 승낙하는 경우에만 이루어집니다.

② 회사는 제1항에도 불구하고 다음 각호의 조건을 모두 충족하는 경우에만 계약을 분리할 수 있습니다.

1. 원 계약이 보험료의 납입을 연체하고 있지 않으며, 정상적인 계약유지의 상태에 있을 것
2. 원 계약의 피보험자(보험대상자)가 2인 이상일 것
3. 원 계약에서 분리되는 자계약의 해당 피보험자(보험대상자)에게 보험사고가 발생하지 않았거나, 보험사고 발생 후 보상처리가 종결된 상태일 것
4. 원 계약에 대하여 가압류, 질권설정 등의 법률적인 이해관계가 존재하지 않을 것
5. 계약분리 후의 모계약과 자계약의 계약내용이 회사가 사업방법서에서 정한 내용과 약관에서 정한 내용을 벗어나지 않을 것

③ 계약분리는 원계약에서 분리대상 피보험자(보험대상자)에게 해당하는 제4조(계약분리 대상이 되는 보장)과 그에 상응하는 보장부분 책임준비금을 하나 이상의 자계약으로 분리하고, 그 이외의 잔여부분을 모계약에 잔존시킴으로써 이루어집니다.

④ 회사가 계약분리를 승낙하는 경우 자계약에는 반드시 새로운 계약자를 지정하여야 하며, 회사는 계약분리신청서 부본 및 약관과 함께 새로운 증권을 발급하여 드립니다. 또한 계약분리에 따른 변경 사항 및 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제6조(계약분리 후의 효력)

① 계약분리 후 모계약과 자계약의 피보험자(보험대상자)별 보험기간 및 보장내용은 원계약에서의 가입조건과 동일한 효력을 가집니다.

② 계약분리 후 모계약과 자계약의 피보험자(보험대상자)에 대하여 계약전 알릴의무와 관련하여 청약서에 기재된 내용은 계약분리 후에도 계속 유효하게 적용됩니다.

③ 계약분리 후에는 원계약의 보험료 납입기일을 모계약 및 자계약의 납입기일로 하며, 각각의 계약에 해당하는 보험료를 계속 납입하여야만 계약이 계속 유지됩니다.

제 7조 (준용규정)

이 특약에서 정하지 아니한 사항은 총칙, 보통약관 및 해당 특약을 따릅니다.

【별표1】 장해분류표

□ 총 칙

1. 장해의 정의

1) 『장해』 라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
2) 『영구적』 이라 함은 원칙적으로 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 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장해 지급률의 20%를 한시장해 지급률로 정합니다.

2. 신체부위

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

3. 기타

1) 하나의 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 개호(간병)여부 ② 객관적 이유 및 개호(간병)의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 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 외상 후 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(검은 자위)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(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 『뚜렷한 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)』으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 『약간의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)』으로 지급률을 가산한다.
11) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』에 해당하는 경우에는 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자(보험대상자)에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
2) 『한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때』라 함은 순음청력검사 결과 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 추가 실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) 『귓바퀴의 대부분이 결손된 때』라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 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(외모의/두부 또는 안면부의 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 기능에 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(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 『외모』란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) 『추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)장해』 라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
3) 『추상(외모의/두부 또는 안면부의 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(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)
② 길이 10cm 이상의 추상반흔(외모의/두부 또는 안면부의 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(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)

라. 약간의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)
1) 얼굴
① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습)
② 길이 5cm 이상의 추상반흔(외모의/두부 또는 안면부의 추한 모습의 흉터)
③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
④ 코의 1/4이상 결손
2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손
3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(외모의/두부 또는 안면부의 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 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 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(전산화단층촬영(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)『골반뼈』의 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) 두 팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 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 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1상지(팔과 손가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 팔의 3대 관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 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) 『한 다리의 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 15㎜ 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 10㎜ 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 5㎜ 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
7) 『가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때』라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
8) 『가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때』라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
9) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이

와 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 더하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
2) 한 다리의 3대 관절 중 1관절에 기능장해가 생기고 다른 1관절에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 더한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(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』 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 더하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
6) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 더한다.

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 더한다.

12. 흉복부장기 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>일

상생활 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, 장 보기 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 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 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 의식상실이 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 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 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 정신장해와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상 후 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 개호(간병)인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호(간병)의 내용에서는 생명유지를 위한 개호(간병)와 행동감시를 위한 개호(간병)를 구별하여야 한다.

3) 치매

①『치매』라 함은
- 뇌 속에 후천적으로 생긴 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 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 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

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

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유 형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변배뇨	- 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 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	- 다른 사람의 계속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

주) 1. 위 후유장해의 종류 및 지급률에 관한 세부사항은 약관의 내용과 다르게 해석되지 않는 한 『상해보험 후유장해 산정기준』에 따릅니다.
2. 이 보험의 후유장해 지급률은 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.

【별표 2】 골절분류표

약관에 규정하는 골절은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목의 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 3】 화상분류표

약관에 규정하는 화상은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목	분 류 번 호
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 어깨 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 엉덩이 및 다리의 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 눈부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)	T26
8. 호흡기도의 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 피부밑조직의 기타 장해	L59

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 4】 중대한 특정상해 분류표

약관에 규정하는 중대한 특정상해는 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 항목		분류번호
뇌손상	머리내 손상	S06
내장손상	심장의 손상 기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 손상 복부내 기관의 손상 비뇨기 및 골반 장기의 손상	S26 S27 S36 S37

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 5】 일상생활동작 장해분류표

1. 보행을 스스로 할 수 없음
   ① 두손두발로 기거나, 무릎 또는 엉덩이를 바닥에 붙이지 않으면 이동할 수 없다.
   ② 혼자서는 뒤집지 못하거나 침대위에서 조금 밖에 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 요양 중이어서 입을 통한 영양섭취 및 식사가 불가능하여 혈관 또는 신체에 튜브를 통해 수액제를 삽입하거나 유동식으로 영양공급이 한정되어 있는 상태를 포함함)

3. 대소변의 배설후 뒷처리를 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 씨거나 닦거나 할 수 없다.
   ② 혼자서는 욕조에 출입을 할 수 없다.
   ③ 혼자서는 전혀 목욕을 할 수 없다.

5. 의복을 입고 벗는 일을 스스로 할 수 없음
   ① 혼자서는 옷을 입거나 벗을 수 없다.

【별표 6】 문제행동 분류표

1. 배회하다. 또는 길을 잃는다.
2. 과식, 거식 또는 이식(음식물이 아닌 종류를 섭취)을 한다.
3. 장소에 가리지 않고 배설을 한다. 또는 신체의 배설물을 묻히거나 만지는 등의 불결한 행위를 한다.
4. 폭력행위 또는 파괴행위를 한다.
5. 흥분해서 소동을 피운다.
6. 문단속을 제대로 하지 못한다.
7. 물건을 훔친다. 또는 마구 물건을 모은다.

【별표 7】 치매 분류표

『치매로 진단확정되다』는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 『치매』임을 의사의 가격을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌속에 후천적으로 생긴 병으로 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 위한 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

약관에 규정하는 치매 및 중풍으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 8】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
5. 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 기타부위의 악성신생물(암)	C69 ~ C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 ~ C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 ~ C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증다증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 림프종 모양 구진증	L41.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 9】 상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 10】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분 류 번 호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 단클론성 감마병증	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
14. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 11】 고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 고액치료비암으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 식도의 악성신생물(암)	C15
2. 췌장(이자)의 악성신생물(암)	C25
3. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
- 사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 뼈 관절연골의 악성신생물(암)	C41
4. 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암)	C70~C72
- 수막의 악성신생물(암)	C70
- 뇌의 악성신생물(암)	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물(암)	C72
5. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
- 호지킨병	C81
- 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
- 미만성 비호지킨 림프종	C83
- 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
- 기타 상세불명형의 비호지킨 림프종	C85
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물	C90
- 림프 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물(암)	C96

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 12】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 13】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 14】 특정질병 분류표

가. 7대질병 분류표

약관에 규정하는 7대질병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
심장질환	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
간질환	바이러스 간염 간의 질환	B15~B19 K70~K77
고혈압	고혈압성 질환	I10~I15
당뇨병	당뇨병	E10~E14
만성하기도질환	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 단순성 및 점액농성 만성기관지염 상세불명의 만성기관지염 천식 천식 지속상태	J40 J41 J42 J45 J46
위궤양 및 십이지장궤양	위궤양 십이지장궤양 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

나. 여성특정질병 분류표

약관에 규정하는 여성특정질병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
심장 질환	1. 급성 류마티스열 2. 만성 류마티스 심장 질환 3. 허혈성 심장 질환 4. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환 5. 기타 형태의 심장병	I00 ~ I02 I05 ~ I09 I20 ~ I25 I26 ~ I28 I30 ~ I52
뇌혈관질환	6. 뇌혈관 질환	I60 ~ I69
고혈압	7. 고혈압성 질환	I10 ~ I15
당뇨병	8. 당뇨병	E10 ~ E14
위궤양 및 십이지장 궤양	9. 위궤양 10. 십이지장궤양 11. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K25 K26 K27
신부전	12. 콩팥(신장)기능상실	N17 ~ N19

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

다. 부인과질병 분류표

약관에 규정하는 부인과질병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 상피내의 신생물 2. 양성 신생물	D00 ~ D09 D10 ~ D36
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 ~ D44, D47.0, D47.2, D47.7, D47.9, D48, D76.0
4. 유방의 장애 5. 여성 골반내 장기의 염증성 질환	N60 ~ N64 N70 ~ N77
6. 여성 생식기의 비염증성 장애 (습관성 유산자 제외) (여성불임증 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	N80 ~ N95

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

라. 여성만성질병 분류표

약관에 규정하는 여성만성질병으로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병		분류번호
골다공증	1. 병적 골절을 동반한 골다공증 2. 병적 골절이 없는 골다공증 3. 달리 분류된 질환에서의 골다공증 4. 뼈 연속성의 장애	M80 M81 M82 M84
관절염	5. 관절병증	M00 ~ M25

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 15】 질병입원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원의료비(3천만원한도, 1천만원한도) 약관에서 보험금을 지급하지 않는 질병으로 규정하는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 신경계통의 질환 (G00-G99)
   ※ 단, 중추신경계의 염증성 질환(G00-G09), 파킨슨병(G20), 알쯔하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상
   G10-G13. 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신 위축
   G20-G26. 추체외로 및 운동장애
   G30-G32. 신경계통의 기타 퇴행성 질환
   G35-G37. 중추신경계통의 탈수초성 질환
   G40-G47. 우발적 및 발작적 장애
   G50-G59. 신경, 신경뿌리 및 신경얼기 장애
   G60-G64. 다발성 신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애
   G70-G73. 근신경 이행부 및 근육의 질환
   G80-G83. 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군
   G90-G99. 신경계통의 기타 장애

4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
   I84 치핵
   K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
   K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
   K62 항문 및 직장의 기타 질환
   N39 비뇨기계통의 기타 장애

5. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환 (K00-K08)
   K00 치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
   K01 매몰치 및 매복치
   K02 치아우식증
   K03 치아경조직의 기타 질환
   K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
   K05 치은염(잇몸염) 및 치주 질환
   K06 치은(잇몸) 및 무치성 치조융선(이틀융기)의 기타 장애
   K07 치아안면이상[부정교합을 포함]
   K08 치아 및 지지구조의 기타 장애

6. 요추 및 기타추간판 장애 (디스크) (M50-M51)
   M50 목뼈원판 장애
   M51 기타 추간판 장애

7. 여성생식기의 비염증성 장애
   N96 습관성 유산자
   N97 여성 불임증
   N98 인공 수정과 관련된 합병증

8. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

9. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

10. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 16】 질병통원의료비에서 보상하지 아니하는 질병

질병통원의료비(10만원한도, 5만원한도) 약관에서 보험금을 지급하지 않는 질병으로 규정하는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 신경계의 질환 (G00-G99)
   ※ 단, 중추신경계의염증성질환(G00-G09), 파킨슨병(G20),알쯔하이머병(G30), 수두증(G91)은 보상
   G10-G13. 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신 위축
   G20-G26. 추체외로 및 운동장애
   G30-G32. 신경계통의 기타 퇴행성 질환
   G35-G37. 중추신경계통의 탈수초성 질환
   G40-G47. 우발적 및 발작적 장애
   G50-G59. 신경, 신경뿌리 및 신경얼기 장애
   G60-G64. 다발성 신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애
   G70-G73. 근신경 이행부 및 근육의 질환
   G80-G83. 뇌성마비 및 기타 마비성 증후군
   G90-G99. 신경계통의 기타 장애

4. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
   I84 치핵
   K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
   K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
   K62 항문 및 직장의 기타 질환
   N39 비뇨기계통의 기타 장애

5. 요추 및 기타추간판 장애 (디스크) (M50-M51)
   M50 목뼈원판 장애
   M51 기타 추간판 장애

6. 여성생식기의 비염증성 장애
   N96 습관성 유산자
   N97 여성 불임증
   N98 인공 수정과 관련된 합병증

7. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

8. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

9. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)]

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 17】 식중독 분류표

약관에 규정하는 식중독으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 기타 살모넬라 감염	A02
2. 이질	A03
3. 기타 세균성 창자 감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 식중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 창자 질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 속의 유해물질의 중독작용	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용	T62

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 18】 질병 특정고도장해 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 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. 척추의 기능장해

(1) 척추의 병변으로 척추가 완전강직되어 앉은 자세를 10분 이상 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 경우는 척추의 기능장해로 판정할 수 없습니다.

4. 뇌병변장해

(1) 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 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 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, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력교정법을 이용하여 측정된 교정시력을 기준으로 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 장해 중 2가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 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 3대 관절 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 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) 뇌병변장해

① 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 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 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, 콘택트렌즈를 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 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 음성장애

② 말의 흐름이 97%이상 방해를 받는 말더듬

③ 자음정확도가 30%미만인 조음장애

④ 의미 있는 말을 거의 못하는 표현언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 간단한 말이나 질문도 거의 이해하지 못하는 수용언어지수가 25미만인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

8. 서로 다른 신체부위에 각각 장해가 발생되어 위 7.의 장해 중 1가지 이상에 반드시 해당되고 아래의 장해 중 1가지 이상에 해당되는 경우 (단, 뇌병변장해가 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 어느 정도 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 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 병변으로 인하여 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 일, 양복 단추를 끼우는 일 등 주로 손을 사용하는 일을 수행하는데 매우 어려움이 있는 경우
③ 뇌성마비, 뇌졸중 등 뇌의 병변으로 인하여 아래 ⓐ와 ⓑ에 동시에 해당되는 경우

ⓐ 고르지 못한 바닥이나 언덕길을 걸을 때 파행이 뚜렷하며 계단 오르내리기에 안정성이 떨어져 넘어지기가 쉬운 경우

ⓑ 그릇을 씻거나 돈을 세는 일, 주머니 또는 지갑에서 동전을 꺼내는 일, 비교적 굵은 끈을 매는 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, 콘택트렌즈를 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 50퍼센트 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 음성장애

② 말의 흐름이 방해받는 말더듬 (아동 41-96%, 성인 24-96%)

③ 자음정확도 30-75%정도의 부정확한 말을 사용하는 조음장애

④ 매우 제한된 표현만을 할 수 있는 표현언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

⑤ 매우 제한된 이해만을 할 수 있는 수용언어지수가 25-65인 경우로서 정신지체장애 또는 발달장애(자폐증)로 판정되지 아니하는 경우

※ 말더듬, 조음 및 언어장애는 객관적인 검사를 통하여 판정되어야 합니다.

【별표 19】 중대한 질병의 정의

Ⅰ. 중대한 암(Critical Cancer)

1. 중대한 암이라 함은 악성종양세포가 존재하고 또한 주위의 정상조직을 침윤하여 파괴하는 악성세포의 무차별적 증식으로 특징지을 수 있는 악성종양을 말하며, 백혈병(Leukaemia), 림프종(Malignant), 호지킨병(Hodgkins Disease)을 포함합니다. 그러나 다음 각 호에 해당하는 경우는 보장에서 제외합니다.
   ① 다음의 가. ~ 마.에 해당하는 악성종양
      가. 악성흑색종(Melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5㎜이하인 경우를 말합니다.) 경우
      나. 초기전립샘암(Modified Jewett 병기분류상 stage B0 이하 또는 1992년 TNM 병기상 T1c 이하인 모든 전립샘암을 말합니다.)
      다. 악성흑색종(Melanoma) 이외의 모든 피부암(제5차 개정 한국표준질병사인분류 C44)
      라. 인간면역바이러스(HIV) 감염과 관련된 악성종양(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 감염과 관련된 악성종양은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)
      마. 「중대한 암에 대한 보장개시일」 이전에 발생한 암이 「중대한 암에 대한 보장개시일」 이후에 재발되거나 전이된 경우
   ② 병리학적으로 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition With Malignant Potential), 상피내암(Carcinoma In-Situ), 경계성종양(Borderline Tumour)으로 중대한 암에 해당되지 않는 질병
   ③ 신체부위에 관계없이 병리학적으로 현재 양성종양인 경우

2. 중대한 암은 반드시 종양전문의나 병리학전문의(해부병리 또는 임상병리전문의를 말합니다.)에 의해서 조직학적 악성의 증거에 기초해서 진단 확정되어야 하며, 이 진단은 조직검사(Fixed Tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic System)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 중대한 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

Ⅱ. 중대한 뇌졸중(Critical Stroke)

1. 중대한 뇌졸중이라 함은 뇌혈관의 급격한 장애(거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈, 뇌경색증)로 인해 뇌혈액순환의 급격한 차단이 생겨서 그 결과 영구적인 신경학적결손(언어장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.

2. 제1항의 뇌혈액순환의 급격한 차단은 의사가 작성한 진료기록부상의 전형적인 병력을 기초로 하여야 하며, 영구적인 신경학적결손이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적검사를 기초로 한 객관적인 신경학적증후(Sign)로 나타난 [별표1](장해분류표)에서 정한 “신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 25%이상인 장해상태[장해분류별 판정기준 13.신경계·정신행동 장해 “가.장해의 분류 1)” 및 “나.장해판정기준 1)신경계 ①,③”에 따라 판정함]를 말합니다

3. 일과성 허혈 발작(Transcient Ischemic Attack), 가역적 허혈성 신경학적 결손(Reversible Ischemic Neurological Deficit)은 보장에서 제외합니다. 또한, 다음과 같은 뇌경색, 뇌출혈의 경우에도 보장에서 제외합니다.
   ① 외상으로 인한 경우
   ② 뇌종양으로 인한 경우
   ③ 뇌수술 합병증으로 인한 경우
   ④ 신경학적결손을 가져오는 안동맥(Ophthalmic Artery)의 폐색

4. 중대한 뇌졸중의 진단 확정은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기

공명영상(MRI), 뇌혈관조영술(MRA), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 영구적인 신경학적 결손에 일치되게 중대한 뇌졸중에 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.

III. 중대한 급성심근경색증(Critical Acute Myocardial Infarction)

1. 중대한 급성심근경색증이라 함은 급격한 관상동맥(심장동맥)의 폐색으로 인하여 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 전형적인 흉부통증과 함께 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 발병 당시 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
   ① 전형적인 급성심근경색 심전도(ECG) 변화(ST분절, T파, Q파)가 새롭게 출현
   ② CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승. 여기서 상승이라 함은 CK-MB정상범위 최고치의 2배 이상 상승한 경우를 말합니다.(단, Troponin은 CK-MB와 함께 심근효소의 상승을 보여주는 자료로 제시될 수는 있으나, CK-MB 없이 Troponin 단독으로는 인정하지 아니합니다.)

2. 심부전증(Cardiac Failure), 비심근적 흉통, 안정협심증, 불안정협심증, 이형협심증, 미소경색(Micro Infarction), 미세한 심근손상(Minimal Myocardial Damage) 그리고 모든 기타 급성관상동맥(심장동맥)증후군(Acute Coronary Syndromes)들은 보장에서 제외합니다.

IV. 말기 신부전증(End Stage Renal Failure)

말기 신부전증이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기 콩팥(신장)병(제5차 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.

V. 말기 간경화(End Stage Liver Cirrhosis)

1. 말기 간질환(경화)이라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
   ① 통제가 불가능한 복수증
   ② 영구적인 황달
   ③ 위나 식도벽의 정맥류
   ④ 간성 뇌증

2. 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

3. 말기 간경화의 진단 확정은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope Liver Scan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

VI. 말기 폐질환(End Stage Lung Disease)

1. 말기 폐질환이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.
   가. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
   나. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

2. 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
만성 하기도 질환	J40 ~ J47
외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

3. 상기 1 ~ 2에 모두 근거하지 않은 경우에는 보장에서 제외합니다.
   예) ① 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이나 2에서 정한 대상질병 이외의 원인으로 인한 경우
   ② 2에서 정한 질병에 해당하지만 1의 가. ~ 나.의 특징을 모두 보이지 않는 경우

Ⅶ. 중대한 재생불량성 빈혈

1. 중대한 재생불량성 빈혈이라 함은 '영구적인 재생불량성 빈혈'로서 피보험자(보험대상자)가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수 촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료를 받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병 상태를 말합니다.

2. 제1항의'영구적인 재생불량성 빈혈'이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 200/㎣ 미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow celluarity)이 25%이하이고 동시에 다음 중 2가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.
   ① 호중구 수가 500/㎣ 미만
   ② 혈소판 수가 20,000/㎣ 미만
   ③ 망상적혈구 수가 20,000/㎣ 이상

3. 단, 일시적이거나 회복이 가능한 재생불량성 빈혈은 보장에서 제외됩니다.

4. 제1항의 중대한 재생불량성 빈혈의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 내려져야 합니다.

【별표 20】 중대한 수술의 정의

Ⅰ. 관상동맥(심장동맥)우회술(Coronary Artery Bypass Graft 또는 CABG)

1. 관상동맥(심장동맥)우회술이라 함은 관상동맥(심장동맥)질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술을 한 후 대복재정맥(Greater Saphenous Vein), 내유동맥(Internal Mammary Artery)등의 자가우회도관을 협착이 있는 부위보다 원위부(遠位部)의 관상동맥(심장동맥)에 연결하여 주는 수술을 말합니다.
2. 관상동맥(심장동맥)확장술(인공혈관 등)과 다른 모든 내부동맥에 활용된 카테터(Catheter) 및 레이저 시술이나 개흉술을 동반하지 않은 수술은 모두 보장에서 제외합니다.
   예) 관상동맥(심장동맥)성형술(Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전죽상반제술(Rotational Atherectomy)
3. 제1항의 관상동맥(심장동맥)우회술은 혈관촬영법을 통해 현격한 관상동맥(심장동맥)의 협착에 대한 근거를 제공하여야 하며 그 시술이 의학적으로 반드시 필요하다는 심장병전문의사의 판단이 있어야 합니다.

Ⅱ. 심장판막수술(Heart Valve Surgery)

1. 심장판막수술이라 함은 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 다음의 두가지 기준 중 한가지 이상에 해당하는 경우입니다.
   가. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막을 완전히 제거한 뒤에 인공심장판막 또는 생체판막으로 치환하여주는 수술
   나. 반드시 개흉술 및 개심술을 한 후 병변이 있는 판막에 대해 판막성형술(valvuloplasty)을 해주는 수술

2. 그러나, 다음과 같은 수술은 보장에서 제외합니다.
   가. 카테터를 이용하여 수술하는 경우
      예) 경피(피부를 통한)적 판막성형술(percutaneous balloon valvuloplasty)
   나. 개흉술 또는 개심술을 동반하지 않는 수술

Ⅲ. 대동맥류인조혈관치환수술 (Aorta Graft Surgery)

1. 대동맥류인조혈관치환수술이라 함은 대동맥류의 근본적인 치료를 직접목적으로 하여 개흉술 또는 개복술을 한 후 반드시 대동맥류 병소를 절제(excision)하고 인조혈관(graft)으로 치환하는 수술을 말합니다. 여기에서 『대동맥』이라 함은 흉부 또는 복부 대동맥을 말하는 것으로 대동맥의 분지(branch)동맥들은 제외됩니다.
2. 그러나, 카테터를 이용한 수술은 보장에서 제외합니다.
   예) 경피(피부를 통한)적혈관내 대동맥류수술(percutaneous endovascular aneurysm repair)

【별표 21】 질병입원의료비Ⅱ에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원의료비Ⅱ(3천만원한도, 1천만원한도) 약관에서 보험금을 지급하지 않는 질병으로 규정하는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
   I84 치핵
   K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
   K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
   K62 항문 및 직장의 기타 질환
   N39 비뇨기계통의 기타 장애

4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환 (K00-K08)
   K00 치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
   K01 매몰치 및 매복치
   K02 치아우식증
   K03 치아경조직의 기타 질환
   K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
   K05 치은염(잇몸염) 및 치주 질환
   K06 치은(잇몸) 및 무치성 치조융선(이틀융기)의 기타 장애
   K07 치아안면이상[부정교합을 포함]
   K08 치아 및 지지구조의 기타 장애

5. 여성생식기의 비염증성 장애

N96 습관성 유산자
N97 여성 불임증
N98 인공 수정과 관련된 합병증

6. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

7. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 22】 질병통원의료비Ⅱ에서 보상하지 아니하는 질병

질병통원의료비Ⅱ(10만원한도, 5만원한도) 약관에서 보험금을 지급하지 않는 질병으로 규정하는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
   I84 치핵
   K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
   K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
   K62 항문 및 직장의 기타 질환
   N39 비뇨기계통의 기타 장애

4. 여성생식기의 비염증성 장애
   N96 습관성 유산자
   N97 여성 불임증
   N98 인공 수정과 관련된 합병증

5. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

6. 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)

7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 23】 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서

1. 도로교통법 제5조의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조의 규정에 위반하여 횡단·유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조제1항·제22조·제23조 또는 제60조제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행자보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조제1항, 건설기계관리법 제26조 또는 도로교통법 제96조의규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중에 있거나 운전의 금지 중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조제1항의 규정에 위반하여 주취 중에 운전을 하거나 동법 제45조의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상한 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조제2항의 규정에 의한 보도횡단방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조제2항의 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

※ 상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 24】 부상급별 지급보험금표

상해 급별	보상 금액	상 해 부 위
1급	1,500 만원	1. 고관절골절 또는 골절성탈구 2. 척추체분쇄성골절 3. 척추제골절 또는 탈구로 인한 제신경 증상으로 수술이 불가피한 상해 4. 외상성 두 개강내 출혈로 개두술이 불가피한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 6. 고도의 뇌좌상으로 생명이 위독한 상해(48시간이상 혼수상태 지속) 7. 대퇴골간부의 분쇄성골절 8. 경골하 3분의 1부 분쇄골절 9. 3도화상등 연부조직손상이 체표의 약 9%이상인 상해 10. 사지와 구간부에 연부조직손상이 심하여 유경피부이식수술이 불가피한 상해 11. 그 밖의 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	800 만원	1. 상박골간부 분쇄성골절 2. 척추체의 설상압박골절이 있으나 제신경 증상이 없는 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 뚜렷한 상해 4. 내부장기파열과 골반골절이 동반된 상해 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부골절과 골절성 탈구가 동반된 상해 7. 척골간부골절과 요골골두 탈구가 동반된 상해 8. 천장골간 관절탈구 9. 그 밖의 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	750 만원	1. 상박골경부골절 2. 상박골과부골절과 주관절탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부골절이 동반된 상해 4. 수근주상골골절 5. 요골신경손상을 동반한 상박골간부골절 6. 대퇴골간부골절 7. 슬개골의 분쇄골절과 탈구로 인하여 슬개골 완전적출술이 적용 되는 상해 8. 경골과부골절이 관절면을 침범하는 상해 9. 족근골척골간 관절탈구와 골절이 동반된 상해 10. 전후십자인대나 내외측반월상 연골파열과 경골극 골절등이 복합된 슬관절내장 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	700 만원	1. 대퇴골과부골절 2. 경골간부골절 3. 거골경부골절 4. 슬개인대파열 5. 견갑관절부의 회선근개파열 6. 상박골외측상과 전위골절 7. 주관절부골절과 탈구가 동반된 상해 8. 3도화상등 연부조직손상이 체표의 약 4.5%이상인 상해 9. 안구파열로 적축술이 불가피한 상태 10. 기타 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	500 만원	1. 골반골의 중복골절 (말가이그니씨 골절등) 2. 족관절부의 내외과골절이 동반된 상해 3. 슬관절부의 내측 또는 외측부인대파열 4. 족중골골절 5. 상박골간부골절 6. 요골원위부골절 7. 척골근위부골절 8. 다발성극골절로 혈흉 또는 기흉이 동반된 상해 9. 족배부근건파열창 10. 수장부근건파열창 11. 아키레스건파열 12. 2도화상등의 연부조직 손상이 체표의 약 9%이상인 상해 13. 23치이상의 치아보철을 요하는 상해 14. 그 밖의 5급에 해당된다고 인정되는 상해

상해 급별	보상 금액	상 해 부 위
6급	400 만원	1. 소아의 하지장관골간부골절 2. 대퇴골 대전자부 절편골절 3. 대퇴골 소전자부 절편골절 4. 다발성 중족골 골절 5. 치골 · 좌골 · 장골의 단일골절 6. 단순슬개골 골절 7. 요골간부골절(원위부 골절을 제외한다) 8. 척골간부골절(근위부 골절을 제외한다) 9. 척골주두골절 10. 다발성 중수골골절 11. 두개골골절로 신경학적 증상이 경한 상해 12. 외상성지주막하 출혈 13. 뇌좌상으로 신경학적 증상이 심한 상해 14. 19치이상 22치이하의 치아보철을 요하는 상해 15. 그 밖의 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	250 만원	1. 소아의 상지장간 골간부 골절 2. 족관절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골상과 부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑관절 탈구 6. 견봉쇄골간관절탈구 7. 족관절탈구 8. 2도화상등 연부조직 손상이 체표의 약 4.5% 이상인 상해 9. 16치이상 18치이하의 치아보철을 요하는 상해 10. 그 밖의 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	180 만원	1. 상박골절과 부신전골절 2. 쇄골골절 3. 주관절탈구 4. 견갑골(어깨뼈)골절 5. 주관절내 상박골소두골절 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. 13치이상 15치이하의 치아보철을 요하는 상해 12. 그 밖의 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	140 만원	1. 척추의 극상돌기 또는 횡돌기골절 2. 요골골두골골절 3. 완관절내 월상골전방탈구등 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, 근육등) 손상이 동반된 상해 12. 완관절 탈구 13. 11치이상 12치이하의 치아보철을 요하는 상해 14. 그 밖의 9급에 해당한다고 인정되는 상해

상해 급별	보상 금액	상 해 부 위
10급	120 만원	1. 외상성슬관절내혈종 2. 중수골지골간관절탈구 3. 수근골중수골간관절탈구 4. 완관절부염좌 5. 제불완절골절(비골(鼻骨, 코뼈)골절 · 수지골골절 및 족지골골절을 제외 한다) 6. 9치이상 10치이하의 치아 보철을 요하는 상해 7. 그 밖의 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	100 만원	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. 6치이상 8치이하의 치아보철을 요하는 상해 7. 그 밖의 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	60 만원	1. 8일 내지 14일간의 입원을 요하는 상해 2. 15일 내지 26일간의 통원을 요하는 상해 3. 4치이상 5치이하의 치아보철을 요하는 상해
13급	40 만원	1. 4일 내지 7일간의 입원을 요하는 상해 2. 8일 내지 14일간의 통원을 요하는 상해 3. 2치이상 3치이하의 치아보철을 요하는 상해
14급	20 만원	1. 3일이하의 입원을 요하는 상해 2. 7일이하의 통원을 요하는 상해 3. 1치이하의 치아보철을 요하는 상해

≪ 비 고 ≫

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 2가지이상의 상해가 중복된 때에는 가장 높은 등급에 해당 는 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 아니 하는 범위안에서 각 상해급별에 해당하는 금액의 합산액을 배상한다.

【별표 25】 후유장해급별 지급보험금표

등급	보상 금액	신 체 장 해
1급	8,000 만원	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 팔꿈치관절이상에서 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	7,200 만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 두 눈의 시력이 0.02이하로 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 받아야 하는 사람
3급	6,400 만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 완전히 잃은 사람 3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생 동안 노무에 종사할 수 없는 사람 4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장해가 남아 일생동안 노무에 종사 할 수 없는 사람 5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람
4급	5,600 만원	1. 두 눈의 시력이 0.06이하로 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 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람 5. 한 다리를 무릎관절 이상에서 잃은 사람 6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람 7. 두 발을 족근중족관절이상에서 잃은 사람
5급	4,800 만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람 3. 한 다리를 발목관절이상에서 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 노무 외에는 종사할 수 없는 사람 8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장해가 남아 특 별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
6급	4,000 만원	1. 두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 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 알아 듣지 못하게 된 사람 4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터이상의 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 둘째 손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람

등급	보상 금액	신 체 장 해
7급	3,200 만원	1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 두 귀의 청력이 40센티미터이상의 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 종사하지 못하는 사람 5. 흉복부 장기의 기능에 장해가 남아 손쉬운 노무외에는 종사 하지 못하는 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 포함 하여 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	2,400 만원	1. 한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람 2. 척추에 운동장해가 남은 사람 3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 4. 한 손의 엄지손가락과 둘째 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 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 5개의 발가락을 모두 잃은 사람 11. 비장 또는 한 쪽의 신장을 잃은 사람
9급	1,800 만원	1. 두 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람 3. 두 눈에 반맹증 · 시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람 5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장해가 남은 사람 6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 7. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 8. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고는 큰 말소리를 알아듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 9. 한귀의 청력을 완전히 잃은 사람 10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째 손가락외의 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 못쓰게 된 사람 14. 생식기에 뚜렷한 장해가 남은 사람 15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한 된 사람 16. 흉복부장기의 기능에 장해가 남아 종사할 수 있는 노무가 상당한 정도로 제한된 사람

등별	보상 금액	신 체 장 해
10급	1,500 만원	1. 한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람 2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장해가 남은 사람 3. 14개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람 5. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣는데 지장이 있는 사람 6. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락이 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 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	1,200 만원	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 엄지손가락 과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 9. 흉복부장기의 기능에 장해가 남은 사람 10. 10개이상의 치아에 대하여 치아보철을 한 사람 11. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람
12급	1,000 만원	1. 한 눈의 근접반사기능에 뚜렷한 장해가 있거나 뚜렷한 운동 장해가 남은 사람 2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해가 남은 사람 3. 7개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결소된 사람 5. 쇄골 · 흉골(복장뼈) · 늑골(갈비뼈) · 견갑골(어깨뼈) 또는 골반뼈에 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 가운데 손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데 발가락 이하의 3 개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락이 못쓰게 된 사람 12. 국부에 완연한 신경증상이 남은 사람 13. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 남자 14. 외모에 흉터가 남은 여자

등별	보상 금액	신 체 장 해
13급	800 만원	1. 한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람 2. 한 눈에 반맹증 ·시야협착 또는 시야결손이 남은 사람 3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 4. 5개이상의 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 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락을 잃은 사람 11. 한 발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째 발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데 발가락 이하의 3개의 발가락이 못쓰게 된 사람
14급	500 만원	1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람 2. 3개 이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람 3. 팔의 노출면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 4. 다리의 노출면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람 5. 한 손의 새끼손가락이 못쓰게 된 사람 6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 마디뼈의 일부를 잃은 사람 7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 끝관절을 제대로 못쓰게 된 사람 8. 한 발의 가운데발가락 이하의 1개 또는 2개의 발가락이 못 쓰게 된 사람 9. 국부에 신경증상이 남은 사람 10. 외모에 흉터가 남은 남자 11. 한귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

≪ 비 고 ≫

1. 신체장해가 2이상 있을 경우에는 중한 신체장해에 해당하는 장해등급보다 한등급 높이 보상 한다.
2. 시력의 측정은 국제식시력표에 의하며, 국절 이상이 있는 자에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
3. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1지 관절이상을 잃은 경우를 말한다.
4. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나, 중소지관절 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, 배뇨등은 가능하나 그외의 일을 타인에게 의존해야 하는 것을 말한다.
10. 항상보호 또는 수시보호의 기간은 의사가 판정하는 노동능력상실기간을 기준으로 하여 타당한 기

간으로 한다.
11. 제대로 못쓰게 된 것이란 정상기능의 4분의 3이상을 상실한 경우를 말하고, 뚜렷한 장해가 남는 것이란 정상기능의 2분의 1이상을 상실한 경우를 말하여, 장해가 남은 것이란 정상기능의 4분의 1이상을 상실한 경우를 말한다.

【별표 26】 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환분류표

약관에 규정하는 비뇨기계 장애 및 직장 또는 항문관련 질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1) 비뇨기계통의 기타 장애	N39
2) 치질	I84
3) 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(농양)	K60
4) 항문 및 직장부의 고름집(농양)	K61
5) 항문 및 치핵의 기타질환	K62

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 27】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 28】 골절분류표II

약관에 규정하는 골절로 분류되는 항목은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 골절	분 류 번 호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
(치아파절 및 파절치 제외)	(S02.5는 제외)
2. 머리의 압착손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목의 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 팔 골절	T10
16. 상세불명 부위의 다리 골절	T12
17. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 29】 질병입원의료비IIII에서 보상하지 아니하는 질병

질병입원의료비III(5천만원한도), 질병입원의료비II(3천만원한도), 질병입원의료비II(3천만원초과 2천만원한도), 질병입원의료비I(1천만원한도) 약관에서 보험금을 지급하지 않는 질병으로 규정하는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
   I84 치핵
   K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
   K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
   K62 항문 및 직장의 기타 질환
   N39 비뇨기계통의 기타 장애

4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환 (K00-K08)
   K00 치아의 발육 및 맹출(이돋이) 장애
   K01 매몰치 및 매복치
   K02 치아우식증
   K03 치아경조직의 기타 질환
   K04 치수 및 치근단주위 조직의 질환
   K05 치은염(잇몸염) 및 치주 질환
   K06 치은(잇몸) 및 무치성 치조융선(이틀융기)의 기타 장애
   K07 치아안면이상[부정교합을 포함]
   K08 치아 및 지지구조의 기타 장애

5. 여성생식기의 비염증성 장애

N96 습관성 유산자
N97 여성 불임증
N98 인공 수정과 관련된 합병증

6. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

7. 선천성 뇌질환 (Q00-Q04)
Q00 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형
Q01 뇌류
Q02 소두증
Q03 선천 수두증
Q04 뇌의 기타 선천 기형

8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 30】 질병통원의료비III에서 보상하지 아니하는 질병

질병통원의료비III(30만원한도), 질병통원의료비III(20만원한도), 질병통원의료비III(10만원한도), 질병통원의료비III(5만원한도) 약관에서 보험금을 지급하지 않는 질병으로 규정하는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

1. 주로 성행위로 전파되는 감염 (A50-A64)
   A50 선천 매독
   A51 조기 매독
   A52 만기 매독
   A53 기타 및 상세불명의 매독
   A54 임균성 감염
   A55 클라미디아 림프육아종(성병성)
   A56 기타 성행위로 전파되는 클라미디아성 질환
   A57 무른궤양(연성하감)
   A58 샅(서혜)육아종
   A59 편모충증
   A60 항문성기의 헤르페스바이러스[단순 헤르페스] 감염
   A63 달리 분류되지 않은 주로 성행위로 전파되는 기타 질환
   A64 상세불명의 성행위로 전파되는 질환

2. 정신과질환 및 행동장애(F00-F99) ※ 단, 치매(F00-F03)는 보상
   F04-F09. 증상성을 포함하는 정신 장애
   F10-F19. 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
   F20-F29. 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
   F30-F39. 기분[정동] 장애
   F40-F48. 신경증적, 스트레스와 연관된 신체형 장애
   F50-F59. 생리적 장애 및 신체적 요인들과 연관된 행동 증후군
   F60-F69. 성인 인격 및 행동 장애
   F70-F79. 정신 발육지연
   F80-F89. 정신 발달 장애
   F90-F98. 소아기 및 청소년기에 주로 발생하는 행동 및 정서 장애
   F99. 상세불명의 정신 장애

3. 치핵, 비뇨기계장애 및 직장 또는 항문관련질환
   I84 치핵
   K60 항문 및 직장부의 열구 및 샛길(누공)
   K61 항문 및 직장부의 고름집(농양)
   K62 항문 및 직장의 기타 질환
   N39 비뇨기계통의 기타 장애

4. 여성생식기의 비염증성 장애
   N96 습관성 유산자
   N97 여성 불임증
   N98 인공 수정과 관련된 합병증

5. 임신, 출산 및 산후기 (O00-O99)

6. 선천성 뇌질환 (Q00-Q04)
   Q00 뇌없음증(무뇌증) 및 유사 기형
   Q01 뇌류
   Q02 소두증
   Q03 선천 수두증
   Q04 뇌의 기타 선천 기형

7. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00-T98)

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 31】(선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표)

약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 신경계통의 선천 기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천 기형	Q10-Q18
3. 순환기계통의 선천 기형	Q20-Q28
4. 호흡기계통의 선천 기형	Q30-Q34
5. 입술갈림증 및 입천장갈림증	Q35-Q37
6. 소화기계통의 기타 선천 기형	Q38-Q45
7. 생식기관의 선천 기형	Q50-Q56
8. 비뇨기계통의 선천 기형	Q60-Q64
9. 근육골격계통의 선천 기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천 기형	Q80-Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체 이상	Q90-Q99

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 32】(출생전후기에 발생한 주요병태 분류표)

약관에 규정하는 출생전후기에 발생한 주요병태로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
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. 출산 외상	P10-P15
4. 출생전후기에 특이한 호흡기 및 심장혈관 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 대사장애	P70-P74
8. 태아 및 신생아의 소화기계통 장애	P75-P78
9. 태아 및 신생아의 외피 및 체온조절에 관련되는 병태	P80-P83
10. 출생전후기에 기원한 기타 장애	P90-P96

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 33】 (특정부위·질병 분류표)

- 【별표33-1】 (특정부위 분류표)

코드	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(바깥 귀), 고막, 중이(가운데 귀), 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(고환초막포함), 부고환, 정관, 정삭 또는 정낭
19	갑상선
20	경추부(해당신경 포함)
21	흉추부(해당신경 포함)
22	요추부(해당신경 포함)
23	천골부 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 입술포함)
39	상·하악골(上·下顎骨, 위·아래턱뼈)
48	좌수부(左手部)
49	우수부(右手部)
50	좌족부(左足部)
51	우족부(右足部)
52	부갑상선

- 【별표33-2】 (특정질병 분류표)

코드	특정질병	분류 코드	항 목 명
40	담석증	K80	담석증
41	요로결석	N20	콩팥(신장) 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 콩팥(신장) 산통
42	척추질환	M40	척주뒤굽음증 및 척주앞굽음증
		M41	척주옆굽음증
		M42	척추성 골연골증
		M43	기타 변형성 배병증
		M45	강직성 척추염
		M46	기타 염증성 척추병증
		M47	척추증
		M48	기타 척추병증
		M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
		M50	목뼈원판 장애
		M51	기타 추간판 장애
		M53	달리 분류되지 않은 기타 배병증
		M54	배통
43	결핵	A15	세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵
		A16	세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵
		A17	신경계통의 결핵
		A18	기타 장기의 결핵
		A19	좁쌀 결핵

코드	특정질병	분류 코드	항 목 명
53	하지정맥류	I83	다리의 정맥류
54	골반염	N73	기타 여성 골반의 염증성 질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애
55	연골증 관절증 관절염	M00	화농성관절염
		M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염
		M02	반응성 관절병증
		M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
		M05	혈청검사 양성인 류마티스 관절염
		M06	기타 류마티스 관절염
		M07	건전성 및 장병증성 관절병증
		M08	청소년성 관절염
		M09	달리 분류된 질환에서의 청소년성 관절염
		M10	통풍
		M11	기타 결절성 관절병증
		M12	기타 특정 관절병증
		M13	기타 관절염
		M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
		M15	다발성 관절증
		M16	엉덩 관절증
		M17	무릎 관절증
		M18	제1손목손허리 관절의 관절증
		M19	기타 관절증
		M93	기타 골연골병증
		M94	연골의 기타장애

【별표 34】 5대 골절 분류표

제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리의 압착손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 등뼈의 골절 및 등뼈의 다발성 골절	S22.0~S22.1
4. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
5. 넓적다리뼈의 골절	S72

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 35】(자동차사고 부상 등급표)

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제3조 제1항 2호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

상해급별	상 해 내 용
1급	1. 고관절의 골절 또는 골절성 탈구 2. 척추체 분쇄성 골절 3. 척추체 골절 또는 탈구로 인한 제신경증상으로 수술을 시행한 상해 4. 외상성 두개강 안의 출혈로 개두술을 시행한 상해 5. 두개골의 함몰골절로 신경학적 증상이 심한 상해 또는 경막하 수종, 수활액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 개두술을 시행한 상해 6. 고도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 생명이 위독한 상해(48시간 이상 혼수상태가 지속되는 경우만 해당한다) 7. 대퇴골 간부의 분쇄성 골절 8. 경골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 9. 화상·좌창·괴사창 등 연부조직에 손상이 심한 상해(몸 표면의 9퍼센트 이상의 상해) 10. 사지와 몸통의 연부조직에 손상이 심하여 유경식피술을 시행한 상해 11. 상박골 경부 골절과 간부 분쇄골절이 중복된 경우 또는 상완골 삼각골절 12. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	1. 상박골 분쇄성 골절 2. 척주체의 압박골절이 있으나 제신경증상이 없는 상해 또는 경추 탈구(아탈구 포함), 골절 등으로 경추보조기(할로베스트) 등 고정술을 시행한 상해 3. 두개골 골절로 신경학적 증상이 현저한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 4. 내부장기 파열과 골반골 골절이 동반된 상해 또는 골반골 골절과 요도 파열이 동반된 상해 5. 슬관절 탈구 6. 족관절부 골절과 골절성 탈구가 동반된 상해 7. 척골 간부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해 8. 천장골 간 관절 탈구 9. 슬관절 전·후십자인대 및 내측부인대 파열과 내·외측 반월상 연골이 전부 파열된 상해 10. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
3급	1. 상박골 경부 골절 2. 상박골 과부 골절과 주관절 탈구가 동반된 상해 3. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 4. 수근 주상골 골절 5. 요골 신경손상을 동반한 상박골 간부 골절 6. 대퇴골 간부 골절(소아의 경우에는 수술을 시행한 경우만 해당하며, 그 외의 사람의 경우에는 수술의 시행 여부를 불문한다) 7. 무릎골(슬개골을 말한다. 이하 같다) 분쇄 골절과 탈구로 인하여 무릎골 완전 적출술을 시행한 상해 8. 경골 과부 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해(경골극 골절로 관혈적 수술을 시행한 경우를 포함한다) 9. 족근 골척골 간 관절 탈구와 골절이 동반된 상해 또는 족근중족(Lisfranc)관절의 골절 및 탈구 10. 전·후십자인대 또는 내외측 반월상 연골 파열과 경골극 골절 등이 복합된 슬내장 11. 복부 내장 파열로 수술이 불가피한 상해 또는 복강내출혈로 수술한 상해 12. 뇌손상으로 뇌신경 마비를 동반한 상해 13. 중증도의 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경학적 증상이 심한 상해(48시간 미만의 혼수상태 또는 반혼수상태가 지속되는 경우를 말한다) 14. 개방성 공막 열창으로 양쪽 안구가 파열되어 양안 적출술을 시행한 상해 15. 경추궁의 선상 골절 16. 항문 파열로 인공항문 조성술 또는 요도 파열로 요도성형술을 시행한 상해 17. 대퇴골 과부 분쇄 골절로 인하여 관절면이 손상되는 상해 18. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 대퇴골 과부(원위부, 과상부 및 대퇴과간을 포함한다) 골절 2. 경골 간부 골절, 관절면 침범이 없는 경골 과부 골절 3. 거골 경부 골절 4. 슬개인대 파열 5. 견갑 관절부위의 회선근개 골절 6. 상박골 외측상과 전위 골절 7. 주관절부 골절과 탈구가 동반된 상해 8. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 9. 안구 파열로 적출술이 불가피한 상해 또는 개방성 공막열창으로 안구 적출술, 각막 이식술을 시행한 상해 10. 대퇴 사두근, 이두근 파열로 관혈적 수술을 시행한 상해 11. 슬관절부의 내·외측부 인대, 전·후십자 인대, 내·외측반월상 연골 완전 파열(부분 파열로 수술을 시행한 경우를 포함한다) 12. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경·비골 아래 3분의 1 이상의 분쇄성 골절 13. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
5급	1. 골반골의 중복 골절(말가이그니씨 골절 등을 포함한다) 2. 족관절부의 내외과 골절이 동반된 상해 3. 족종골 골절 4. 상박골 간부 골절 5. 요골 원위부(Colles, Smith, 수근 관절면, 요골 원위 골단 골절을 포함한다) 골절 6. 척골 근위부 골절 7. 다발성 늑골 골절로 혈흉, 기흉이 동반된 상해 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한상해 8. 족배부 근건 파열창 9. 수장부 근건 파열창(상완심부 열창으로 삼각근, 이두근 근건파열을 포함한다) 10. 아킬레스건 파열 11. 소아의 상박골 간부 골절(분쇄골절을 포함한다)로 수술한 상해 12. 결막, 공막, 망막 등의 자체 파열로 봉합술을 시행한 상해 13. 거골 골절(경부는 제외한다) 14. 관혈적 정복술을 시행하지 아니한 소아의 경·비골 아래의 3분의 1 이상의 분쇄 골절 15. 관혈적 정복술을 시행한 소아의 경골 분쇄 골절 16. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 5급에 해당된다고 인정되는 상해
6급	1. 소아의 하지 장관골 골절(분쇄 골절 또는 성장판 손상을 포함한다) 2. 대퇴골 대전자부 절편 골절 3. 대퇴골 소전자부 절편 골절 4. 다발성 발바닥뼈(중족골을 말한다. 이하 같다) 골절 5. 치골·좌골·장골·천골의 단일 골절 또는 미골 골절로 수술한 상해 6. 치골 상·하지 골절 또는 양측 치골 골절 7. 단순 손목뼈 골절 8. 요골 간부 골절(원위부 골절은 제외한다) 9. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 10. 척골 주두부 골절 11. 다발성 손바닥뼈(중수골을 말한다. 이하 같다) 골절 12. 두개골 골절로 신경학적 증상이 경미한 상해 13. 외상성 경막하 수종, 수활액 낭종, 지주막하 출혈 등으로 수술하지 아니한 상해(천공술을 시행한 경우를 포함한다) 14. 늑골 골절이 없이 혈흉 또는 기흉이 동반되어 흉관 삽관술을 시행한 상해 15. 상박골 대결절 견연 골절로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골 또는 대퇴골 과부 견연 골절 17. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상태 18. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
7급	1. 소아의 상지 장관골 골절 2. 족과절 내과골 또는 외과골 골절 3. 상박골 상과부굴곡 골절 4. 고관절 탈구 5. 견갑 관절 탈구 6. 견봉쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉쇄골간 인대 파열 7. 족관절 탈구 8. 천장관절 이개 또는 치골 결합부 이개 9. 다발성 안면두개골 골절 또는 신경손상과 동반된 안면 두개골 골절 10. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상태 11. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 상박골 절과부 신전 골절 또는 상박골 대결절 견연 골절로 수술하지 아니한 상해 2. 쇄골 골절 3. 주관절 탈구 4. 견갑골(견갑골극 또는 체부, 흉곽 내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오훼돌기를 포함한다) 골절 5. 견봉쇄골 인대 또는 오구쇄골 인대 완전 파열 6. 주관절 내 상박골 소두 골절 7. 비골(다리) 골절, 비골 근위부 골절(신경손상 또는 관절면 손상을 포함한다) 8. 발가락뼈(족지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 9. 다발성 늑골 골절 10. 뇌좌상(소량의 출혈이 뇌의 전체에 퍼져있는 손상을 포함한다)으로 신경 학적 증상이 경미한 상해 11. 안면부 열창, 두개부 타박 등에 의한 뇌손상이 없는 뇌신경손상 12. 상악골, 하악골, 치조골, 안면 두개골 골절 13. 안구 적출술 없이 시신경의 손상으로 실명된 상해 14. 족부 인대 파열(부분 파열은 제외한다) 15. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 16. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
9급	1. 척주골의 극상돌기, 횡돌기 골절 또는 하관절 돌기 골절(다발성 골절을 포함한다) 2. 요골 골두골 골절 3. 완관절 내 월상골 전방 탈구 등 손목뼈 탈구 4. 손가락뼈(수지골을 말한다. 이하 같다)의 골절과 탈구가 동반된 상해 5. 손바닥뼈 골절 6. 수근 골절(주상골은 제외한다) 7. 발목뼈(족근골을 말한다) 골절(거골·종골은 제외한다) 8. 발바닥뼈 골절 9. 족관절부 염좌, 경·비골 이개, 족부 인대 또는 아킬레스건의 부분파열 10. 늑골, 흉골, 늑연골 골절 또는 단순 늑골 골절과 혈흉, 기흉이 동반되어 수술을 시행하지 아니한 경우 11. 척주체간 관절부 염좌로서 그 부근의 연부조직(인대·근육 등) 손상이 동반된 상해 12. 척수 손상으로 마비증상 없고 수술을 시행하지 아니한 경우 13. 완관절 탈구(요골, 손목뼈 관절 탈구 또는 수근간 관절탈구, 하 요척골 관절 탈구를 포함한다) 14. 미골 골절로 수술하지 아니한 상해 15. 슬관절부 인대의 부분 파열로 수술을 시행하지 아니한 경우 16. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 17. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 외상성 슬관절내 혈종(활액막염을 포함한다) 2. 손바닥뼈 지골간 관절 탈구 3. 손목뼈 손바닥뼈간 관절 탈구 4. 상지부 각 관절부(견관절, 주관절, 완관절) 염좌 5. 척골·요골 경상돌기 골절, 제불완전골절[비골(코) 골절·손가락뼈 골절 및 발가락뼈 골절은 제외한다] 6. 손가락 신전근건 파열 7. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 발가락뼈 관절 탈구 및 염좌 2. 손가락 골절·탈구 및 염좌 3. 비골(코) 골절 4. 손가락뼈 골절 5. 발가락뼈 골절 6. 뇌진탕 7. 고막 파열 8. 6치 이상 8치 이하의 치아보철을 요하는 상해 9. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해

상해급별	상 해 내 용
12급	1. 8일 이상 14일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 15일 이상 26일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
13급	1. 4일 이상 7일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 8일 이상 14일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
14급	1. 3일 이하의 입원을 필요로 하는 상해 2. 7일 이하의 통원을 필요로 하는 상해 3. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해
비고	1. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절은 해당 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다. 2. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 단순성 선상 골절로 인한 골편의 전위가 없는 골절은 해당 등급보다 한 등급 낮은 금액으로 배상한다. 3. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장높은 등급에 해당하는 상해로부터 하위 3등급(예 : 상해내용이 주로 2급에 해당하는 경우에는 5급까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상한다 4. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 1급의 금액을 초과하지 아니하는 범위에서 상해 등급별 해당 금액의 합산액을 배상한다.

【별표 36】(성인특정질환 분류표)

약관에 규정하는 성인특정질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

유형	대상이 되는 질병	분류번호
제 1 형	1. 심장 침습이 없는 류마티스열	I00
	2. 심장 침습이 있는 류마티스 열	I01
	3. 류마티스 무도병	I02
	4. 류마티스 승모판 질환	I05
	5. 류마티스 대동맥판 질환	I06
	6. 류마티스 삼첨판 질환	I07
	7. 다발성 판막 질환	I08
	8. 기타 류마티스 심장 질환	I09
	9. 협심증	I20
	10. 급성 심근경색증	I21
	11. 속발성 심근경색증	I22
	12. 급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
	13. 기타 급성 허혈성 심장 질환	I24
	14. 만성 허혈성 심장병	I25
	15. 폐 색전증	I26
	16. 기타 폐성 심장 질환	I27
	17. 기타 폐혈관의 질환	I28
	18. 급성 심장막염	I30
	19. 기타 심장막의 질환	I31
	20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
	22. 비류마티스 승모판 장애	I34
	23. 비류마티스 대동맥판 장애	I35
	24. 비류마티스 삼첨판 장애	I36
	25. 폐동맥판 장애	I37
	26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
	27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애	I39
	28. 급성 심근염	I40
	29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	30. 심장근육병증	I42
	31. 달리 분류된 질환에서의 심장근육병증	I43
	32. 심방실 차단 및 좌각 차단	I44
	33. 기타 전도 장애	I45
	34. 심장정지	I46
	35. 발작성 빠른맥	I47
	36. 심방 잔떨림 및 된떨림	I48
	37. 기타 심장성 부정맥	I49
	38. 심장기능상실(심부전)	I50
	39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
	41. 심장절개후 증후군	I97.0
	42. 심장수술 후의 기타 기능장애	I97.1

유형	대상이 되는 질병		분류번호
제2형	1. 독성 간질환		K71
	2. 달리 분류되지 않은 간기능상실		K72
	3. 간의 섬유증 및 경화		K74
	4. 거미막밑 출혈		I60
	5. 뇌내출혈		I61
	6. 기타 비외상성 머리내 출혈		I62
	7. 뇌경색증		I63
	8. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍		I64
	9. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착		I65
	10. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착		I66
	11. 기타 뇌혈관 질환		I67
	12. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애		I68
	13. 뇌혈관 질환의 후유증		I69
	14. 급성 콩팥(신장)기능상실		N17
	15. 만성 콩팥(신장)기능상실		N18
	16. 상세불명의 콩팥(신장))기능상실		N19
제3형	남녀 공통	1. 세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기 결핵	A15
		2. 세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기 결핵	A16
		3. 신경계통의 결핵	A17
		4. 기타 장기의 결핵	A18
		5. 좁쌀 결핵	A19
		6. 결핵의 후유증	B90
		7. 달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴	J12
		8. 폐렴사슬알균에 의한 폐렴	J13
		9. 헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴	J14
		10. 달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
		11. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
		12. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
		13. 상세불명 병원체의 폐렴	J18
		14. 폐기종	J43
		15. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
		16. 선천 요오드 결핍 증후군	E00
		17. 요오드결핍과 관련된 갑상샘 장애 및 동류의 병태	E01
		18. 준임상적인 요오드결핍성 갑상샘 기능저하증	E02
		19. 기타 갑상샘 기능저하증	E03
		20. 기타 비중독성 갑상샘종	E04
		21. 갑상샘 중독증[갑상샘 기능항진증]	E05
		22. 갑상샘염	E06
		23. 갑상샘의 기타 장애	E07
		24. 처치후 갑상샘 기능저하증	E89.0

유형	대상이 되는 질병		분류번호
제3형	남녀 공통	25.급성 A형 간염	B15
		26.급성 B형 간염	B16
		27. 기타 급성 바이러스 감염	B17
		28. 만성 바이러스 간염	B18
		29. 상세불명의 바이러스 간염	B19
		30. 알코올성 간질환	K70
		31. 달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
		32. 기타 염증성 간질환	K75
		33. 간의 기타 질환	K76
		34. 달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
		35. 위궤양	K25
		36. 십이지장궤양	K26
		37. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
		38. 급성 충수염	K35
		39. 기타 충수염	K36
		40. 상세불명의 충수염	K37
		41. 충수의 기타 질환	K38
		42. 담석증	K80
		43. 담낭염	K81
		44.쓸개(담낭)의 기타 질환	K82
		45.담도의 기타 질환	K83
		46.급성 췌장염(이자염)	K85
		47.췌장(이자)의 기타 질환	K86
		48.달리 분류된 질환에서의 쓸개(담낭), 담도 및 췌장(이자)의 장애	K87
		49.노년 백내장	H25
		50.기타 백내장	H26
		51.달리 분류된 질환에서의 백내장 및 수정체의 기타 장애	H28
		52.화농성 관절염	M00
		53.달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염	M01
		54.반응성 관절병증	M02
		55.달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
		56.건선성 및 장병증성 관절병증	M07
		57.통풍	M10
		58.기타 결정성 관절병증	M11
		59.제1손목손허리 관절의 관절증	M18
		60.손가락 및 발가락의 후천성 변형	M20
		61.사지의 기타 후천성 변형	M21
		62.전신 홍반성 루푸스	M32
		63.피부다발근염	M33
		64.전신 경화증	M34
		65.결합조직의 기타 전신 침습	M35
		66.달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신 장애	M36

유형	대상이 되는 질병		분류번호
제3형	남녀 공통	67.입 및 인두의 양성 신생물	D10
		68.주침샘의 양성 신생물	D11
		69.결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물	D12
		70.기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	D13
		71.가운데귀 및 호흡기계통의 양성 신생물	D14
		72.기타 및 상세불명의 가슴내 장기의 양성 신생물	D15
		73.뼈 및 관절연골의 양성 신생물	D16
		74.양성 지방종성 신생물	D17
		75.모든 부위의 혈관종 및 림프관종	D18
		76.중피성 조직의 양성 신생물	D19
		77.후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
		78.결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
		79.색소 세포성 모반	D22
		80.피부의 기타 양성 신생물	D23
		81.비뇨기관의 양성 신생물	D30
		82.눈 및 눈부속기의 양성 신생물	D31
		83.수막의 양성 신생물	D32
		84.뇌 및 기타 중추 신경계통 부위의 양성 신생물	D33
		85.갑상샘의 양성 신생물	D34
		86.기타 및 상세불명의 내분비샘의 양성 신생물	D35
		87.기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물	D36
	남자	1. 급성 신염 증후군	N00
		2. 급속 진행성 신염 증후군	N01
		3. 재발성 및 지속성 혈뇨	N02
		4. 만성 신염 증후군	N03
		5. 신 증후군	N04
		6. 상세불명의 신염 증후군	N05
		7. 명시된 형태학적 병터를 동반한 고립성 단백뇨	N06
		8. 달리 분류되지 않은 유전성 신병증	N07
		9. 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애	N08
		10. 급성 세뇨관-사이질성 신염	N10
		11. 만성 세뇨관-사이질성 신염	N11
		12. 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 상세불명의 사이질성 신염	N12
		13. 폐쇄성 및 역류성 요로병증	N13
		14. 약물 및 중금속 유발성 세뇨관-사이질성 및 세뇨관 병태	N14
		15. 기타 세뇨관-사이질성 질환	N15
		16. 달리 분류된 질환에서의 세뇨관-사이질성 장애	N16
		17. 콩팥(신장) 및 요관의 결석	N20
		18. 하부 요로의 결석	N21
		19. 달리 분류된 질환에서의 요로의 결석	N22
		20. 상세불명의 콩팥(신장) 산통	N23
		21. 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애	N25
		22. 상세불명의 콩팥(신장) 위축	N26
		23. 원인미상의 작은 콩팥(신장)	N27
		24. 달리 분류되지 않은 콩팥(신장) 및 요관의 기타 장애	N28
		25. 달리 분류된 질환에서의 콩팥(신장) 및 요관의 기타 장애	N29
		26. 달리 분류되지 않은 방광의 신경근육 기능 장애	N31
		27. 요도 협착	N35
		28. 전립샘의 증식	N40
		29. 남성 생식기관의 양성 신생물	D29

유형	대상이 되는 질병		분류번호
제3형	여자	1.섬유낭성 유방병증	N60
		2.유방의 (급성, 만성, 비산후기성) 고름집(농양)	N61
		3.유방의 비대	N62
		4.유방의 상세불명의 소괴	N63
		5.유방의 기타 장애	N64
		6.자궁관염 및 난소염	N70
		7.자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
		8.자궁목의 염증성 질환	N72
		9.기타 여성 골반의 염증성 질환	N73
		10.달리 분류된 질환에서의 여성 골반 염증성 장애	N74
		11.바르톨린샘의 질환	N75
		12.질 및 외음부의 기타 염증	N76
		13.달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
		14.자궁내막증	N80
		15.여성 생식기 탈출	N81
		16.여성 생식기를 포함한 샛길(누공)	N82
		17.난소, 자궁관 및 넓은 인대의 비염증성 장애	N83
		18.여성 생식기의 폴립	N84
		19.경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
		20.자궁목의 외번	N86
		21.자궁목의 형성이상	N87
		22.자궁 목의 기타 비염증성 장애	N88
		23.질의 기타 비염증성 장애	N89
		24.외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
		25.무월경, 소량 및 희발 월경	N91
		26.과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
		27.기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
		28.여성 생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
		29.폐경기 및 기타 폐경기전후 장애	N95
		30.달리 분류되지 않은 비뇨생식기계통의 처치후 장애	N99
		31.유방의 양성 신생물	D24
		32.자궁의 평활근종	D25
		33.자궁의 기타 양성 신생물	D26
		34.난소의 양성 신생물	D27
		35.기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성 신생물	D28

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.