개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내

1. 금융서비스 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 신용조회회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법
  - *전화 : ☎ 1544 - 0114*
  - *서면 : 135-550 서울시 강남구 역삼동 649-11 LIG타워*

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에

요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법
  - *전화 : ☎ 1544 - 0114*
  - *인터넷 : http://www.lig.co.kr*
  - *서면 : 135-550 서울시 강남구 역삼동 649-11 LIG타워*

- 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 전국은행연합회, 신용조회회사, 금융회사 등이 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법
  - *전화 : ☎ 1544 - 0114*
  - *인터넷 : http://www.lig.co.kr*
  - *서면 : 135-550 서울시 강남구 역삼동 649-11 LIG타워*

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조

회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처
  ·코리아크레딧뷰로㈜ : ☎ 02)708-1000
  인터넷 www.allcredit.co.kr
  ·한국신용정보㈜ : ☎ 1588-2486
  인터넷 www.mycredit.co.k
  ·한국신용평가정보㈜ : ☎ 1600-1533
  인터넷 www.creditbank.co.kr

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

구분	당사 개인신용정보 관리 보호인	대한손보협회 정보보호담당자	금융감독원 정보보호담당자
전화	(02)6900-2141~2	(02)3702-8679	(02)3145-7111
주소	서울시 강남구 역삼동 649-11 LIG타워 준법감시팀	서울시 종로구 수송동 80 코리안리 B/06층 기획조사부	서울시 영등포구 여의도동 97 신용정보실(1팀)

※ 보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 당사 고객콜센터[☎ 1544-0114]으로 연락주시기 바랍니다.

목 차

보험가입안내

1. 장기손해보험의 원리 및 특성 ····· 7
2. 장기손해보험의 유형 ····· 8
3. 장기손해보험상품의 선택방법 ····· 9
4. 보험 가입시 유의사항 ····· 11
5. 보험가입자 보호제도 ····· 13
6. 보험상담 및 분쟁조정 안내 ····· 16

가입자 유의사항 ····· 18
주요내용 요약서 ····· 24
보험용어 해설 ····· 28

연금저축손해보험 LIG멀티플러스연금보험(L10.10) 보통약관

제1장. 계약의 성립과 유지 ····· 30
제2장. 보험료의 납입 등 ····· 35
제3장. 보험금의 지급 ····· 38
제4장. 보험금 지급의 절차 등 ····· 41
제5장. 분쟁조정 등 ····· 43

연금저축손해보험 LIG멀티플러스연금보험(L10.10) 특별약관

특별약관

1. 상해사망·후유장해 ····· 45
1-1. 상해입원일당 추가 ····· 58
1-2. 골절진단비Ⅱ추가 ····· 60
1-3. 화상진단비 추가 ····· 61
1-4. 레저활동중상해사망후유장해 추가 ····· 63
1-5. 골프중상해사망후유장해 추가 ····· 66
1-6. 항공기이용중상해사망후유장해 추가 ····· 68
1-7. 질병입원일당 추가특별약관 ····· 70
1-8. 질병사망·80%이상후유장해 추가 ····· 73
1-9. 암진단플러스연금 추가 ····· 77
1-10. 뇌출혈진단플러스연금 추가 ····· 81
1-11. 급성심근경색증진단플러스연금 추가관 ····· 84

1-12. 중증치매진단플러스연금 추가 ····· 87
1-13. 활동불능진단플러스연금 추가 ····· 91
1-14. 말기폐질환진단플러스연금 추가 ····· 94
1-15. 말기신부전증진단플러스연금 추가 ····· 97
1-16. 말기간경화진단플러스연금 추가 ····· 100

제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관 ····· 103
2. 보험료 자동납입 특별약관 ····· 104
3. 신용카드 이용 보험료납입 특별약관 ····· 105
4. 전자거래 특별약관 ····· 105
5. 특정부위 및 질병 부담보 특별약관 ····· 107
6. 지정대리청구서비스 특별약관 ····· 109

[별표 1] 장해분류표 ····· 111
[별표 2] 골절분류표 II ····· 132
[별표 3] 화상분류표 ····· 133
[별표 4] 악성신생물(암) 분류표 ····· 134
[별표 5] 상피내의 신생물 분류표 ····· 135
[별표 6] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 ···· 136
[별표 7] 뇌출혈 분류표 ····· 137
[별표 8] 급성심근경색증 분류표 ····· 137
[별표 9] 치매 분류표 ····· 138
[별표 10] 일상생활동작 장해분류표 ····· 139
[별표 11] 말기폐질환(End Stage Lung Disease) ···· 140
[별표 12] 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis) ··· 140
[별표 13] 특정부위·질병 분류표 ····· 141
[별표 13-1] 특정부위 분류표 ····· 141
[별표 13-2] 특정질병 분류표 ····· 142

◈ 보 험 가 입 안 내

귀하는 저희 LIG손해보험(주)과 보험계약을 체결하셨습니다.

현대사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임·직원 모두는 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리고자 장기손해보험(개인연금 포함)을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다.
자세히 읽어보시고 해당 사항에 대해 궁금하신 점이 있는 경우 저희 회사 고객콜센터 (☎:1544-0114)나 인터넷홈페이지(www.lig.co.kr)를 통하여 문의하시면 상세히 안내하여 드리겠습니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성
2. 장기손해보험의 유형
3. 장기손해보험상품의 선택방법
4. 보험가입시 유의사항
5. 보험가입자 보호제도
6. 보험상담 및 분쟁조정 안내

또한 보험계약 체결시 약관 및 청약서 부본(계약자 보관용 청약서)을 전달받지 못했거나 모집종사자의 부당행위가 있을시 첨부되어 있는 “보험계약확인 반송엽서”를 저희 회사 고객서비스지원팀으로 보내주시면 즉시 시정해 드립니다.

저희 회사 임직원은 귀하께서 체결한 보험계약이 계약기간이 종료되는 시점까지 성실히 운영될 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

1. 장기손해보험의 원리 및 특성

현대사회의 문명화는 우리들의 생활을 날로 풍요롭고 편리하게 하여 주고 있으나, 각종 안전사고와 재해 및 질병 등이 비례적으로 증가하고 있습니다.

장기손해보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제도입니다.

장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.

가. 장기손해보험은 계약자가 납입한 보험료 중에서 저축보험료 부분을 회사가 보험기간동안 소정의 부리이율로 운용하여 보험기간이 만료되는 시점에서 계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸비하고 있는 보험상품입니다.

나. 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립됩니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.

다. 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 계약자의 선택에 따라 월납, 2월납, 3월납, 6월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입방법을 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.

라. 계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 정하여, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다. 단, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.

마. 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해지환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해

지일로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.

바. 보험계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출이율은 별도의 담보가 필요 없으며, 대출을 받은 계약자는 회사가 정한 대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다. 계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며, 미상환시 회사는 보험금 또는 해지환급금 지급시 지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다. 다만, 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

사. 장기손해보험 계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자(보험대상자), 보험수익자(보험금을 받는 자), 보험회사로 구성됩니다.

▷ 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.

▷ 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.

▷ 피보험자(보험대상자)는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금 청구권을 가지는 자입니다.

▷ 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험사고발생시 보험금 청구권을 가진 자입니다.

2. 장기손해보험의 유형

가. 장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고 만기시에는 만기환급금을 지급 받을 수 있도록 위험보장기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다.(순수보장성 보험 제외) 이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러 가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

나. 아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 장기손해보험소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 저희 회사의 고객콜센터나 인터넷홈페이지를 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다

< 장기손해보험의 종류 >

가. 재물보험 : 화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험

나. 상해보험 : 일상생활 도중 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해주는 보험으로 사망·후유장해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험

다. 운전자보험 : 운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상해 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합 보장하는 보험

라. 저축성보험 : 저축시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험

마. 질병보험 : 각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장하는 보험

바. 간병보험 : 활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험

사. 연금저축손해보험 : 일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

3. 장기손해보험상품의 선택방법

저희 회사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려하셔서 상품을 선택하시기 바랍니다.

가. 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.

보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험 보장인지, 상해나 질병 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적을 고려하여 선택하시기 바랍니다.

나. 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정한지를 생각하십시오.

각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다. 그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안하셔서 적정한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

다. 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.

1) 가입하실 보험상품의 보상하는 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금의 지급기준 및 방법(○배 보상, ○회 분할지급, ○배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
2) 보험기간 중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약속한 환급금(중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
3) 회사가 보험료를 받고 미래에 발생할 사고에 대한 보험금 또는 중도환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 예정이율에 따라 보험료가 달라집니다. 예정이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

> 위에서 설명한 내용은 저희 회사 홈페이지 『상품공시실(상품요약서)』 또는 『가격공시실』 등에서 구체적으로 확인할 수 있으며, 원하실 경우 저희 회사에 직접 방문하시어 보험상품과 관련된 기초서류 등을 열람하실 수도 있습니다.

4. 보험가입시 유의사항

보험계약을 청약하실 때는 보험약관상 보험계약자의 권리나 의무사항을 반드시 확인하시고, 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

가. 보험계약자의 자필서명

청약서는 보험계약자 본인이 작성하고, 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하셔야 합니다. 보험계약을 체결할 때 청약서 작성내용(고지내용)에 대해 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받으실 수도 있으므로 청약서는 보험계약자 본인이 직접 작성하시고, 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자(보험대상자)가 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하셔야 합니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

나. 계약전 알릴의무 및 계약 후 알릴의무

보험에 가입하실 때 청약서상의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하셔야 하며, 보험계약 기간 중 직업 또는 직무의 변경이나 위험이 뚜렷하게 증가하였을 때는 저희 회사에 알려주셔야 합니다.

1) 보험에 가입하실 때(계약전 알릴의무 : 고지의무)

피보험자(보험대상자)의 직업, 직무, 과거병력 등 청약서상 질문사항은 보험료 산정이나 보험계약의 인수에 중요한 자료가 됩니다. 따라서 보험계약 청약시 보험계약자 및 피보험자(보험대상자)는 청약서상의 질문사항(고지사항)에 대하여 사실대로 알려주셔야 합니다. 만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알렸을 경우, 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 「중요한 사항」에 해당하는 경우에만 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

※ 중요한 사항 : 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부담보 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항

2) 보험에 가입하신 후(계약후 알릴의무 : 통지의무)

보험계약을 체결한 후 아래와 같은 사고발생의 위험이 현저히 변경된 경우에는 지체없이 서면으로 저희 회사에 알려 주시고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받으셔야 합니다.

• 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경할 때
• 건물 내에서 영위하는 직업 또는 작업의 내용이 바뀐 때
• 상기 이외에 위험이 뚜렷이 증가할 때
• 보험계약자의 주소가 변경된 때 등

보험계약자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우, 그 변경내용을 지체 없이 저희 회사에 알려주셔야 합니다. 만일 알리지 않으신 경우, 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 및 연락처로 등기우편 방법에 의해 회사가 알린 사항에 대해서는 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

다. 보험료 미납시 계약해지

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다.

라. 계약의 무효

다음의 사유에 해당하는 경우, 회사는 보험계약을 무효로 할 수 있습니다.

1) 보험계약에 관하여 보험계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들 대리인의 사기행위가 있었을 경우
2) 보험계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우
3) 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에서 보험계약 체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
4) 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심실박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
5) 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)

의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

마. 사기 등에 의한 계약 체결

보험금을 부당하게 수취할 목적으로 자신 및 타인의 신체나 생명을 해치는 행위는 보험범죄로서 사법당국의 철저한 조사에 의해 반드시 적발되어 처벌을 받게 되며, 이 경우 보험금을 지급받을 수 없습니다.

바. 중도해지시 고려하셔야 할 사항

1) 보험계약자가 납입하는 보험료의 일부는 불의의 사고를 당한 다른 계약자의 보험금으로 지급되고, 또 다른 일부는 회사의 보험계약 체결 및 유지, 관리에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도에 보험계약을 해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적을 수도 있고, 없을 수도 있습니다.
2) 보험계약 해지 후 새로운 보험계약을 체결하게 되는 경우 나이나 건강상태 등에 따라 보험료가 높아지거나, 보험가입이 곤란할 수도 있습니다.

5. 보험가입자 보호제도

가. 품질보증제도

보험계약자가 청약을 한 경우 보험약관과 청약서 부본(계약자 보관용 청약서)을 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명 또는 날인(도장을 찍음)을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못하였을 때에는 청약일로부터 3개월 이내(단, 단체(취급) 계약의 경우에는 1개월 이내)에 회사에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는 『품질보증제도』를 운영하고 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 되돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결할 때에는 청약서 부본(계약자 보관용 청약서)을 드리지 아니할 수 있습니다.

나. 청약철회 청구제도

보험계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내(단, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년미만인 계약은 제외, 통신판매계약은 30일 이내)에 청약을 철회할 수 있으며, 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 약관에서 정한 기간 내에 납입보험료를 계약자에게 돌려 드립니다. 반환 기일의 다음날부터 반환일까지의 지체기간에 대하여는 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 후 청약을 철회한 경우에는 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

다. 보험료 자동대출납입제도

보험계약자가 보험계약 유지 중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 상황에 처한 경우, 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사에 계약자가 보험료의 자동대출을 서면으로 신청하면 보험계약대출로 보험료가 자동적으로 대출되어 보험계약이 유효하게 지속됩니다. 보험계약대출로 자동납입되는 보험료는 1년을 최고한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료 자동대출납입을 위해서는 계약자의 서면에 의한 재신청이 있어야 합니다.

라. 보험료 납입최고(독촉) 및 해지계약의 부활(효력회복)

보험계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됨을 납입최고(독촉)기간 종료일 15일 이전까지 서면 또는 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험계약

을 부활(효력회복)시킬 수 있습니다.

마. 보험가입시 세제혜택

1) 보험료에 대한 소득공제

▷ 보장성보험에 가입한 경우

근로소득자가 자신, 배우자, 부양가족을 피보험자(보험대상자)로 하는 보장성보험에 가입시 연간 납입한 보험료 중 100만원을 한도로 종합소득금액에서 공제받을 수 있습니다.

※ 보장성보험 : 기준나이에서 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 아니하는 보험상품

▷ 연금저축손해보험에 가입한 경우

- 2001년 1월 1일 이후 가입자

납입보험료 전액(3백만원 한도, 퇴직연금의 근로자 부담금 포함)에 대해 소득공제 혜택을 받을 수 있습니다.

▷ 개인연금보험에 가입한 경우

- 2000년 12월 31일 이전 가입자

납입보험료의 40%(최고 72만원 한도)까지 소득공제를 받을 수 있습니다.

▷ 장기주택마련저축보험에 가입한 경우

납입보험료의 40%(최고 300만원 한도)에 대해 소득공제혜택

2) 금융재산 상속공제

상속재산에 더하는 사망보험금 등 금융재산에 대해서는 2억원을 한도로 금융재산의 20%를 공제받을 수 있으며, 금융재산이 2천만원 이하인 경우에는 전액 공제됩니다.

3) 보험차익(이자소득)에 대한 비과세(저축성보험만 적용)

▷ 보험차익에 대한 이자소득세 비과세

- 2005년 1월 1일 이후 저축성보험 가입자

보험계약자가 저축성보험에 가입하여 최초보험료 납입일부터 만기일, 중도해지일까지의 기간이 10년 이상 유지된 보험계약에서 발생된 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.

- 2004년 12월 31일 이전 저축성보험 가입자

보험계약자가 저축성보험에 가입하여 최초보험료 납입일부터 만기일, 중도해지일 또는 최초원금인출일까지의 기간이 10년 이상 유지된 보험계약에서

발생된 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.

- 2003년 12월 31일 이전 저축성보험 가입자

보험계약자가 저축성보험에 가입하여 7년 이상 유지된 보험계약에 한해 제환급금에서 기납입보험료를 차감한 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.

- 2000년 12월 31일 이전 저축성보험 가입자

보험계약자가 저축성보험에 가입하여 5년 이상 유지된 보험계약에 한해 제환급금에서 기납입보험료를 차감한 보험차익에 대해서는 이자소득세가 부과되지 않습니다.

- 2000년 12월 31일 이전 개인연금보험 가입자

보험계약자가 개인연금보험에 가입하여 5년 이상 연금액을 수령한 경우에는 총연금액에서 기납입보험료를 차감한 이자소득에 대해 이자소득세가 부과되지 않습니다.

※ 단, 관련세제가 변동할 경우 변경된 기준을 따릅니다.

바. 보험계약자 배당

유배당상품의 경우 회사는 보험계약자가 납입한 보험료로 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 금융감독원장이 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하여 드립니다.

사. 예금자보호제도

보험회사의 경영이 악화된 경우 보험업법상의 보험계약이전제도에 의해 다른 보험회사로 보험계약을 이전하는 보호장치가 마련되어 있으며, 만약 파산 등으로 인해 보험회사가 보험계약상의 채무를 이행할 수 없게 된 경우, 예금자보호법에 의해 파산금융기관당 1인당 최고 5천만원 한도 내에서 각종 환급금 및 보험금의 지급을 보장합니다.

단, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우(퇴직보험 제외)에는 예금자보호대상에서 제외됩니다.

6. 보험상담 및 분쟁조정 안내

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 저희 회사 고객콜센터(1544-0114)로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

▷ 회사 전화번호 안내 : 1544-0114(고객콜센터)
▷ 홈페이지 : www.lig.co.kr

▷ 금융감독원 금융소비자보호센터
(www.fss.or.kr / 국번없이 1332)
우) 150-743 서울시 영등포구 여의도동 97번지
Fax (02)3145-8548

지원 / 출장소	전화번호	팩스번호
부산지원	(051)606-1700~1	(051)606-1755
대구지원	(053)760-4000	(053)760-4015~6
광주지원	(062)606-1600~1	(062)606-1630
대전지원	(042)479-5120~2	(042)479-5130~1
춘천출장소	(033)250-2800	(033)257-7722
전주출장소	(063)250-5000	(063)277-7324
제주출장소	(064)797-5000	(064)749-4700

▷ 손해보험협회 보험상담소(www.knia.or.kr)
우) 110-733 서울시 종로구 수송동 80
Tel : (02)3702-8500
Fax : (02) 3702-8690

지 부	전화번호	팩스번호
부산/경남 지부	(051)469-6216~8 464-2272	(051)466-3757
경인지부	(032)426-6536~8	(032)426-6370
대구지부	(053)755-3288~9	(053)755-3328
호남지부	(062)226-0301	(062)234-5369
충청지부	(042)254-6921~2	(042)254-6923
강원지부	(033)746-2414	(033)748-3639

▷ 한국소비자보호원 소비자상담팀
우) 137-700 서울시 서초구 양재대로 108
Tel : (02) 3460-3000
Fax : (02) 529-0408

◈ 가 입 자 유 의 사 항

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

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

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 암보장 개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.

《 상품별 예시 》

○ 저축성보험

- 최초 보험료를 납입한 날로 부터 10년이상 유지하는 경우에 한하여 보험차익(만기보험금 또는 해지환급금에서 이미 납입한 보험료를 차감한 금액)에 대한 이자소득세 비과세가 가능합니다.
- 적용이율이 변동하는 보험(금리연동형보험)상품은 적립금에 적용되는 이율(공시이율, 보험계약대출이율 등이 바뀌는 경우 지급받는 보험금의 액수도 달라질 수 있습니다.
- 환급금은 적립금에 적용되는 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등), 보험료에 포함된 사업비 규모, 중도인출, 보험료 대체납입 및 보험료 실제 납입일자 등에 따라 변동됩니다.

○ 연금저축손해보험

- 연금개시 이후 지급받으시는 연금에 대해 연금소득세를 납부하셔야 합니다.
- 연금개시 이전에 계약을 해지하거나, 일시금으로 지급받는 경우 소득세가 부과되며, 이 경우 정상연금 수령시 연금소득세보다 높은 세율이 부과될 수 있습니다.
- 특히, 가입일로부터 5년이내에 계약을 해지하는 경우 매년 불입한 금액의 누계액(300만원 한도)에 대하여 해지가산세(2.2%)를 납부하셔야 합니다.

○ 건강보험

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

○ 재물 및 배상책임 관련 담보

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

○ 갱신형 담보

- 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년만기로, 최초 가입 후 3년마다 갱신을 통해 만기시까지 보장받을 수 있습니다.
- 갱신시 보험요율의 변동에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

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

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

《 상품별 예시 》

○ 암 관련 담보

- 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

○ 특정질병 관련 담보

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

○ 간병 관련 담보

- '활동불능상태'란 보조기구를 사용하여도 이동, 식사, 목욕, 옷입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태가 180일이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- '중증치매상태'란 약관에서 정한 일정정도 이상

의 중증치매로 진단되고 180일이상 CDR척도 3점이상의 '인지기능장애'가 발생한 상태를 말합니다.

○ CI 관련 담보

- CI관련담보는 전체 질병이 아닌 중대한 암 등 약관에서 정하는 특정한 질병만을 보험금 지급 대상으로 하므로, 중대한 질병이 무엇인지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ 수술 관련 담보

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

○ 입원 관련 담보

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 상해입원급여금의 경우, 음주 또는 무면허 상태에서 운전하던 중 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

○ 상해 관련 담보

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

○ 교통상해 관련 담보

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

○ 어린이보험

- 피보험자(보험대상자)가 만15세 미만에 사망시 사망보험금을 지급하지 아니하며, 책임준비금과 이미 납입한 보험료중 큰 금액을 지급하여 드립니다.

○ 태아보험

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

○ 실손의료비 관련 담보

- 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

○ **재물 관련 담보 등에서 일부보험의 경우 비례보상에 관한 사항**

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

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

○ **배상책임 관련 담보 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항**

- 이 계약에서 담보하는 위험과 같은 위험을 담보하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

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

◈ 주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 계약을 청약한 날로부터 15일 이내(단, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년미만인 계약은 제외, 통신판매계약은 30일 이내)에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 첫회 보험료를 돌려드립니다.

3. 계약취소

계약자 청약한 경우 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내(단체(취급)계약의 경우 1개월이내)에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)

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

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

5. 계약의 무효(재물관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무

효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 계약에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인의 사기행위가 있었을 경우
- 계약을 맺을 때 보험목적에 이미 손해가 발생한 경우

6. 계약의 소멸(신체 관련)

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

7. 계약의 소멸(재물 관련)

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

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됩니다.

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

10. 중도인출(중도인출이 적용되는 상품만 해당)

보장개시일부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해지환급금중 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다

만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수(보험년도 기준)로 제한됩니다.

11. 계약전 · 후 알릴 의무

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

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

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

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

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

12. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임손해에 대한 보험금은 10영업일, 재산손해에 대한 보험금은 20영업일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 서면으로 통지하여 드리며, 이 경우 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여

소정의 이자를 더하여 드립니다.

13. 대위권(대위권이 적용되는 상품만 해당)

회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 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.

이 주요내용 요약서는 공통약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.

◈ 보험용어 해설

○ **보험약관** : 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ **보험증권(보험가입증서)** : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ **보험계약자** : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ **피보험자** : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ **보험수익자(보험금을 받는 자)** : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ **보험료**

1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액

○ **보험금 :** 피보험자의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

○ **보험기간 :** 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ **보장개시일 :** 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ **보험계약일 :** 계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

○ **보험가입금액 :** 보험금, 보험료 및 책임준비금 등

을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ **책임준비금 :** 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ **해지환급금 :** 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

연금저축손해보험
LIG멀티플러스연금보험(L10.10)
보통약관

제1장 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) 또한 보험계약일로부터 연금지급개시일 전일까지는『연금개시전 보험기간』, 연금지급개시일로부터 최종연금지급일까지를 『연금개시후 보험기간』이라 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(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.

<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 얻

어 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(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 연금지급개시시기 및 연급지급기간
② 보험료납입주기, 수금방법 및 납입기간
③ 기본보험료
④ 기타 계약의 내용

2 계약자는 제1항 제1호의 연금지급개시시기 및 연금지급기간을 연금지급 개시 전에 언제든지 변경할 수 있습니다.

3 회사는 계약자가 제1항 제3호의 규정에 의하여 기본보험료를 감액하고자 할 경우 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보지 아니합니다.

제5조(계약자의 임의해지 및 이전)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 계약자는 보험기간 중 회사의 다른 연금저축 또는 다른 금융기관(조세특례제한법 시행령에서 정하는 연금저축 취급 금융기관)의 연금저축으로 계좌이체를 통하여 계약을 이전할 수 있습니다.

3 제2항에 따라 계약을 이전하는 경우 회사는 금융감독원장의 지시(자산연 6155-00007, 2001.1.11) 및 회사가 정하는 방법에 따라 해지환급금, 미경과 보험료적립금 등 제 지급금에서 회사 소정의 계약이전수수료를 차감한 잔액을 계좌이체하여 드립니다.

4 제2항에 따라 계약을 이전하는 경우 관련세법에 의거 기타소득세 및 해지가산세는 부과되지 않습니다.

5 다음의 경우에는 계약이전을 제한합니다.

① 이전신청일이 속한 분기를 기준으로 조세특례제한법 시행령에 의한 1인당 납입한도를 초과하는 경우(이전받을 금융기관에서의 거절)

② 계약이전 후 기존계좌와 통합을 하는 경우

③ 계약을 분할(금액분할)하여 이전하는 경우

④ 압류, 가압류 또는 질권 등이 설정된 계약을 이전하는 경우

- 압류, 가압류 등 법적으로 지급이 제한된 계약
- 보험계약대출이 있는 계약으로서 별도의 자금으로 상환이 되지 않은 계약

⑤ 다음의 계약을 이전하는 경우

- 보험사고가 발생하여 장해연금을 지급하고 있거나 보험료의 납입면제가 적용되는 계약(특별약관 포함)
- 보험사고 발생 후 보험금 지급이 확정되지 않은 계약(특별약관 포함)

6 계약자가 이미 실효된 이 보험의 계약을 다른 연금저축으로 이전하고자 하는 경우 회사는 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 정한 방법에 따라 계약의 부활(효력회복)이 된 후에 한하여 이전처리 할 수 있습니다.

제6조(계약의 세제혜택 등)

1 이 계약은 관련세법이 정한 바에 따라 납입한 보험료에 대하여 소득공제(이하 『연금저축보험료 소득공제』라 합니다)를 받을 수 있으며, 연금소득에 대하여는 소득세를 납입하여야 합니다.

2 제1항의 연금저축보험료 소득공제의 경우 계약일로부터 5년 이내에 이 계약을 해지하는 경우에는 매년 불입한 금액

(퇴직연금 보험료를 포함하여 300만원을 한도로 함)의 누계액에 2%를 곱한 금액을 해지가산세로 부과합니다. 그러나 계약자의 사망 또는 해지전 6개월 이내에 다음 각 호 중 한가지에 해당하는 사유로 인하여 계약을 해지하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

① 천재·지변
② 계약자의 퇴직
③ 계약자의 해외이주
④ 계약자가 근무하는 사업장의 폐업 또는 계약자가 영위하는 사업장의 폐업
⑤ 계약자의 3개월 이상의 입원치료 또는 요양을 요하는 상해·질병의 발생
⑥ 연금저축 취급기관의 영업의 정지, 영업인가·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고

3 계약자가 연금지급이 개시되기 이전에 이 계약을 해지하거나 연금외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에서 정하는 바에 따라 기타소득세를 납입하여야 합니다. 다만, 계약자가 사망하여 계약이 해지되거나 연금 외의 형태로 지급받는 경우에는 관련세법에서 정하는 바에 따라 연금소득세를 납입하여야 합니다.

4 본 조를 포함하여 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

제7조(계약의 소멸)

연금개시전 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 사망하여 계약을 지속할 수 없을 때에는 그 때까지 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 책임준비금(적립한 금액에서 대체납입되는 보험료가 있는 경우에는 이를 차감한 금액)을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제8조(보험나이 등)

피보험자(보험대상자)가 보험가입시 18세 이상에 해당되는지 여부와 연금지급개시나이가 55세 이상에 해당되는지 여부의 판단은 가족관계등록상 또는 주민등록상 만나이를 적용합니다.

제9조(특별계정의 운용)

1 회사는 1개 이상의 특별계정 (2개 이상의 특별계정이 있는 경우 각각 『개별 특별계정』이라 하고, 1개 이상의 특별계정을 총칭해서 『특별계정』이라 합니다)을 설정하여 이 계약의 보험료 및 책임준비금에 대해서 회사가 정한 방법에 기초하여 운용합니다.

2 제1항의 내용에도 불구하고 보험업감독규정에 따른 특

별계정이 설정되기 이전에는 일반계정에서 일반보험의 자산과는 별도로 구분계리하여 운용합니다.

제2장 보험료의 납입 등

제10조(보험료의 정의)

이 계약에서 사용되는 보험료의 정의는 다음과 같습니다.

① 기본보험료 : 계약자가 보험료 납입기간 중 매월 또는 매 3개월 계속 납입하기로 한 보험료를 말합니다.

② 추가납입보험료 : 계약자가 기본보험료 이외에 보험계약성립 후부터 납입기간 중 수시로 납입할 수 있는 보험료를 말합니다. 단, 계약자가 보험년도(보험계약일로부터 1년씩 경과되는 매년의 계약해당일까지의 기간을 말합니다)를 기준으로 연간 납입할 수 있는 보험료는 연간 납입하는 총 기본보험료의 2배 이내로 합니다.

제11조(보험료의 납입 및 한도)

1 계약자는 제2회 이후의 기본보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 "납입기일"이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 추가납입보험료는 계약성립일 이후부터 납입한도 내에서 납입기간중 수시로 납입할 수 있습니다. 회사는 계약자가 기본보험료 및 추가납입보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

2 이 계약의 보험료의 납입한도액은 분기별 300만원을 한도(모든 금융회사에 가입한 연금저축의 합계액을 말합니다)로 합니다. 다만, 기본보험료 미납입으로 해지되어 제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 부활(효력회복)보험료를 납입할 경우에는 부활(효력회복)보험료 한도내에서 분기별 한도를 적용하지 아니합니다.

제12조(보험료납입 일시중지제도에 관한 사항)

1 계약자는 보험계약일부터 5년이 지난 시점 이후부터 회사가 정한 방법에 따라 이 계약의 보험료 납입기간(납입일시중지로 인해 연장된 납입기간은 제외) 내에서 보험료납입의 일시중지(이하 「납입일시중지」라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이 경우 계약자는 보험료 납입이 중지된 기간(이하 「납입중지기간」이라 합니다)동안 보험료를 납입하지 아니할 수 있습니다.

2 제1항에도 불구하고 다음 각호의 경우에는 납입일시중지를 신청할 수 없습니다.

① 보험료 납입기간을 전기납으로 한 경우
② (연금개시전 보험기간 - 보험료 납입기간)이 12개월 미만인 경우
③ 신규로 신청하는 납입중지기간과 이미 사용한 납입중지기간을 합산한 기간이 (연금개시전 보험기간 - 보험료 납입기간)을 초과하는 경우
④ 특별약관을 가입하는 경우

3 제1항의 경우 납입일시중지 이후의 해당보험료 납입기일은 납입중지기간만큼 연기되고, 그에 따라 보험료 납입기간은 납입중지기간만큼 연장됩니다. 납입중지기간 중 납입하지 아니한 기본보험료는 연기된 보험료 납입기일 및 연장된 보험료 납입기간에 따라 납입하여야 합니다.

4 납입중지기간은 기본보험료 납입주기별 계약해당일에 해지환급금(보험계약대출원리금을 차감한 금액)에서 제6항에서 정한 대체보험료의 공제가 가능한 기간이내로 하고, 1회 신청당 12개월(보험료가 연체된 경우 연체개월 수 포함)을 최고한도로 하며, 납입일시중지 신청횟수는 3회를 최고한도로 합니다. 단, 납입중지기간 중 제6항에서 정한 대체보험료의 공제가 불가능할 경우 그때부터 납입중지기간은 종료되며, 계약자는 보험료납입기일까지 해당보험료를 납입하여야 합니다.

5 계약자는 납입중지기간 동안 기본보험료 및 추가납입보험료를 납입할 수 없으며 계약자가 납입중지기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입을 신청함으로써 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입중지기간은 그때부터 종료되며, 계약자는 보험료 납입기일까지 해당보험료를 납입하여야 합니다.

6 회사는 납입중지기간 동안의 계약유지를 위해 대체보험료(납입주기별 기본보험료 부가보험료(수금비 제외), 이하 「대체보험료」라 합니다)를 기본보험료 납입주기별 계약해당일에 적립부분 책임준비금에서 공제합니다. 단, 수금비는 납입중지기간의 종료 후 보험료 납입시에 납입한 보험료에서 공제합니다.

7 회사는 제1항에서 신청한 납입중지기간이 종료되거나 제6항에서 정한 대체보험료의 공제가 불가능한 경우에는 각 해당사유가 발생한 날 15일 이전에 계약자에게 납입중지기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 서면, 음성 또는 기타의 방법으로 안내하고, 계약자는 납입중지기간 종료후 최초로 다가오는 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.

제13조(보험료의 자동대출납입)

1 계약자는 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 규정된 기본보험료의 납입최고(독촉)기

간이 경과되기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제25조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 기본보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

2 제1항의 규정에 의한 대출금과 기본보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 기본보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 당해 기본보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 기본보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

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

4 기본보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 기본보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

1 계약자가 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 기본보험료 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 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 기본보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

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 알려드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제15조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제14조(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 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제1조(계약의 성립)의 규정을 준용합니다.

제3장 보험금의 지급

제16조(연금의 지급)

1 계약자가 보험료를 완납한 후 연금개시전 보험기간 종료시점에서 계약이 유효한 때에는 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 정한 바에 따라 아래와 같이 계산된 연금을 계약자가 선택한 연금지급기간 동안 매년 계약해당일에 계약자(계약자 사망시에는 계약자의 법정상속인)에게 생존여부와 관계없이 지급하여 드립니다. 다만, 계약자의 요청이 있는 경우에는 월, 3개월 또는 6개월 단위로 지급하여 드립니다.

구분	연금지급형태
1형 (정액형)	연금지급개시시점의 적립액을 기준으로 매년 정액으로 계산된 연금
2형 (5년 체증형)	연금지급개시시점의 최초 연금연액을 매5년 주기로 20%씩 체증하여 계산된 연금
3형 (3년 체증형)	연금지급개시시점의 최초 연금연액을 매3년 주기로 20%씩 체증하여 계산된 연금
4형 (매년 체증형)	연금지급개시시점의 최초 연금연액을 매년 5%씩 체증하여 계산된 연금

2 제1항에도 불구하고 연금액은 연금지급기간 동안 매년 계약해당일에 그 시점의 공시이율(이하 「보험상품군별(연금-0911) 공시이율」이라 합니다)을 적용하므로 보험상품군별(연금-0911) 공시이율이 변경되는 경우에는 지급받는 연금액이 변경될 수 있습니다. 또한, 체증형의 경우 공시이율 변경에 따라 전년도 연금액의 일정 체증률보다 적게 지급될 수 있습니다.

제17조(공시이율의 적용 및 공시)

1 이 보험의 순보험료(납입한 보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 적용되는 보험상품군별(연금-0911) 공시이율은 매월 말일 회사가 정하며, 다음달 1일부터 말일까지 1개월간 확정 적용합니다. 다만, 보험기간중에 이 계약의 공시이율이 변경되는 경우에 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 가입후 5년 이하인 경우에는 3.50%, 가입후 5년을 초과하고 10년 이내인 경우에는 2.75%, 가입후 10년을 초과한 경우 2.00%로 합니다.

2 제1항의 보험상품군별(연금-0911) 공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부 지표금리 등을 고려하여 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법으로 산출합니다.

3 회사는 제1항의 보험상품군별(연금-0911) 공시이율을 회사의 인터넷홈페이지 등에 매월 공시합니다.

< 공시이율 >

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우에 대비하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

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

제18조(해지환급금)

1 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 따라 계산합니다. 이때 순보험료(납입한 보험료에서 사업비를 공제한 보험료를 말합니다)에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날로부터 보험료 납입 경과기간에 따라 제17조(공시이율의 적용 및 공시)에서 정한 보험상품군별(연금-0911) 공시이율을 적용합니다.

2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제19조(계약자 배당금의 지급)

1 회사는 계약해당일이 속하는 사업년도말에 연금자산의 운용수익을 계산하여 운용수익이 적립이율에 기초한 운용수익을 초과하는 경우에는 그 초과액 범위내에서 금융감독원장이 정하는 방법에 따라 회사가 결정한 금액을 매년 계약자배당준비금으로 적립합니다.

2 회사는 제1항의 계약자배당준비금을 기초로 금융감독원장이 정하는 방법에 따라 계약자배당금을 계산하여 아래와 같이 지급하여 드립니다.

① 계약이 종료하는 경우 보험금 또는 환급금에 더하여 드립니다.

② 연금지급개시일이 되기 이전까지 적립한 계약자배당준비금은 제16조(연금의 지급)에서 정한 연금지급 방법과 동일하게 지급하여 드립니다. (이하 『증액연금』이라 합니다)

③ 연금지급개시일 이후에 발생된 계약자배당준비금은 금융감독원장이 정하는 방법에 따라 계약자배당금을 계산하여 매회 연금에 더하여 드립니다.(이하 『가산연금』이라 합니다)

3 회사는 배당금 지급이 결정되었을 때에는 그 내역을 계약자에게 알려 드립니다.

제20조(소멸시효)

보험료 또는 환급금반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완료됩니다.

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

제4장 보험금 지급의 절차 등

제21조(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 등 기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제22조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

이 계약에서 제16조(연금의 지급)의 연금에 대한 보험수익자(보험금을 받는 자)는 계약자이어야 하며 피보험자(보험대상자)와 동일인이어야 합니다.

제23조(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 연금의 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 환급금에 더하여 지급합니다.

3 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 알린 경우 연금 또는 해지환급금은 다음 각 호에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

① 해지환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

② 연금은 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 보험만기일까지의 기간은 예정이율을 적용하고, 보험만기일의 다음날부터 1년이내의 기간은 예정이율의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.

제24조(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 및 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

제25조(보험계약대출)

1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위내에서 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 제14조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.

4 계약자가 제1항의 대출을 받은 계약으로서 제5조(계약자의 임의해지 및 이전)에 의하여 계약을 이전하고자 하는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 차감은 하지 않으나 별도의 자금으로 상환이 된 경우에 한하여 이전할 수 있습니다.

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

제5장 분쟁조정 등

제26조(분쟁의 조정)
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제27조(관할법원)
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제28조(약관의 해석)
1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
3 회사는 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제29조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)
보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제30조(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.

제31조(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) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제32조(예금보험기금에 의한 지급보장)

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

제33조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

연금저축손해보험
LIG멀티플러스연금보험(L10.10)
특별약관

1. 상해사망·후유장해 특별약관
(특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(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 계약 체결시 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.

제2조(계약내용의 변경 등)

1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음과 같은 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간

② 보험가입금액

③ 기타 계약내용의 변경

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

3 회사는 계약자가 제1항의 제2호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제13조(해지환급금)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제3조(계약자의 임의해지 및 이전)

1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제13조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

2 보통약관 제5조(계약자의 임의해지 및 이전)에 따라 계약을 이전하는 경우에 이 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다)은 해지된 것으로 간주하며 해지환급금을 지급합니다. 다만, 보험사고는 발생하였으나 보험금 지급이 확정되지 않은 경우에는 보통약관 제5조(계약자의 임의해지 및 이전)의 규정에도 불구하고 이전하여 드리지 아니합니다.

제4조(계약의 소멸)

1 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에 따라 피보험자(보험대상자)가 사망하거나 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호에 따라 피보험자(보험대상자)가 장해지급률이 80%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특별약관 계약은 그 지급사유가 발생한 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

2 제1항에 따라 계약이 소멸되는 경우에 회사는 이 특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제5조(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 제15조(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 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제6조(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.

제7조(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 내용

과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 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 알려드립니다.

3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제13조(해지환급금) 제1항에 따라 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

1 제7조(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 계약의 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 제5조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제15조(계약 전 알릴의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 보통약관 제1조(계약의 성립) 의 규정을 준용합니다.

제9조(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 제2조(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.

제10조(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 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.

② 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】(장해분류표)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 지급합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간 중 상해로 장해분류표에서 정한 80%미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받

는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제10조(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 제10조(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 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)의 제2호 및 제3호를 적용합니다.

3 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 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 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 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.

제12조(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 받

는 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 제10조(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, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제13조(해지환급금)

1 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 따라 계산합니다.

2 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제14조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

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

제15조(계약전 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.

< 계약전 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.

제16조(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 차액 보험료를 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.

제17조(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 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

② 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

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

① 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

② 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1년)이 지났을 때

③ 계약체결일부터 3년이 지났을 때

④ 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

⑤ 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

3 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제13조(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 제16조(상해보험

계약 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.

제18조(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 제13조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제19조(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.

제20조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제10조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제21조(보험금 등 청구시 구비서류)

1 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서

류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

① 청구서(회사양식)
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 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제22조(보험금의 지급)

1 회사는 제21조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 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) 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 제17조(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.

제23조(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 일시에 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.

제24조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정)

계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 동조 제2호 및 제3호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제25조(보험나이 등)

1 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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 4월 2일, 현재(계약일) : 2010년 10월 13일
⇒ 2010년 10월 13일-1988년 4월 2일 = 22년 6월 11일 = 23세

제26조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다)을 따릅니다.

1-1 상해입원일당 추가특별약관
(추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 상해입원일당 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

2 제1항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 연금개시전 이 추가특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 『상해』라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우에는 최초 입원일로부터 입원 1일당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다. 다만, 사고일로부터 180일 이내의 입원에 한합니다.

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

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

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

제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 특별약관 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 피보험자(보험대상자)가 도로교통법 제43조, 제44조에 정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 추가특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제3조(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.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단,

제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-2. 골절진단비Ⅱ 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 골절진단비Ⅱ 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

2 제1항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 연금개시전 이 추가특별약관의 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 직접적인 결과로 【별표2】(골절분류표Ⅱ)에서 정한 골절(치아파절 제외)로 진단확정된 경우 이 추가특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 골절진단비는 매 사고시마다 지급하여드립니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-3. 화상진단비 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 화상진단비 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

2 제1항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

3 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는

『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 연금개시전 이 추가특별약관의 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 직접적인 결과로 【별표3】(화상분류표)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 이 추가특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이

없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.
2 제1항의 화상진단비는 매 사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급하여 드립니다.
3 제1항의 화상이라 함은 『한국표준질병사인분류』에 의하여 【별표3】(화상분류표)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-4. 레저활동중상해사망후유장해 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 추가특별약관에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.
2 회사는 이 추가특별약관에 따라 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급하거나 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 레저활동중상해사망후유장해 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.
3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

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

① 이 추가특별약관의 보험기간 중에 레저활동중 상해(보험기간 중에 발생한 레저활동중상해 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 『레저활동중상해』라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 추가특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

② 이 추가특별약관의 보험기간 중에 레저활동중상해의

직접결과로써 장해분류표(【별표1】(장해분류표)참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 추가특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

③ 이 추가특별약관의 보험기간 중 레저활동중상해의 직접결과로써 장해분류표에서 정한 80%미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 추가특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제4조(레저활동중 상해사고 등의 정의)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 『레저활동중상해사고』라 함은 주민등록상에 기재된 주택을 이탈하여 업무이외의 활동을 하는 동안 생긴 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.

2 제1항의 "업무"라 함은 피보험자(보험대상자)가 임금근로자(임시 및 일용직 포함) 및 자영업자인 경우 직업 및 직무에 종사하는 활동(출.퇴근 포함)을 말하며, 학생의 경우 학업중 활동(등하교 포함)을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 추가특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 상해사망·후유장해 특별약관 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제6조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

이 추가특별약관의 보상하지 아니하는 손해는 상해사망·후유장해 특별약관 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)를 따르며, 또한 그 원인의 직접 간접을 묻지 아니하고 아래의 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

① 임금 근로자, 자영업자 또는 학생의 직업, 직무 또는 학업에 종사하는 활동중(출.퇴근 포함, 등하교 포함) 발생한 상해손해

② 주택내에서 발생한 상해손해

③ 제2호의 "주택"이라 함은 아파트, 연립, 다세대 주택 및 단독주택을 말하며, "주택내"라 함은 아파트의 경우 아파트 건물의 입구 안쪽공간을 기타주택의 경우는 주택의 부속물인 대문의 안쪽공간을 말합니다.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-5. 골프중상해사망후유장해 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 추가특별약관에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.

2 회사는 이 추가특별약관에 따라 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급하거나 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 골프중상해사망후유장해 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바

에 따라 보장을 합니다.
2 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 추가특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

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

① 이 추가특별약관의 보험기간 중에 골프중 상해(보험기간 중에 발생한 골프중상해 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 『골프중상해』라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 추가특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))의 상속인)에게 지급하여 드립니다.
② 이 추가특별약관의 보험기간 중에 골프중상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】(장해분류표)참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 추가특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.
③ 이 추가특별약관의 보험기간 중 골프중상해의 직접결과로써 장해분류표에서 정한 80%미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 추가특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험

금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제4조(골프중 상해사고의 정의)

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 『골프중상해사고』라 함은 골프시설(골프의 연습 또는 경기를 행하는 시설을 말하며, 골프연습장, 탈의실 등 그 이외의 부속시설을 포함합니다) 구내에서 골프의 연습, 경기 또는 지도(이에 따른 탈의, 휴식을 포함합니다)중에 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 추가특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 상해사망·후유장해 특별약관 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)을 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-6. 항공기이용중상해사망후유장해 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 한 번의 사고에 대하여 이 추가특별약관에 따라 일반후유장해보험금을 지급한 때에는 남은 보험기간에 대한 이 특약의 보험가입금액은 감액되지 아니합니다.

2 회사는 이 추가특별약관에 따라 사망보험금 또는 고도후유장해보험금을 지급하거나 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 항공기이용중상해사망후유장해 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)

의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

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

① 이 추가특별약관의 보험기간 중에 항공기이용중 상해(보험기간 중에 발생한 골프중상해 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 『항공기이용중상해』라 합니다)의 직

접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 추가특별약관의 보험가입금액 전액을 사망보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))의 상속인)에게 지급하여 드립니다.

② 이 추가특별약관의 보험기간 중에 항공기이용중상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】(장해분류표) 참조. 이하 같습니다)에서 정한 80% 이상 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 이 추가특별약관의 보험가입금액 전액을 고도후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

③ 이 추가특별약관의 보험기간 중 항공기이용중상해의 직접결과로써 장해분류표에서 정한 80%미만 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 추가특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 일반후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급합니다.

제4조(골프중 상해사고의 정의)

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 『항공기이용중상해사고』라 함은 항공기 탑승중의 사고 및 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기가 불시착한 경우에 피보험자(보험대상자)가 목적지에 도착할 때까지 항공운송업자가 제공하는 교통수단에 탑승중의 사고를 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

이 추가특별약관의 보험금 지급에 관한 세부규정은 상해사망·후유장해 특별약관 제11조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-7. 질병입원일당 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 질병입원일당 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.
2 제1항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
3 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 연금개시전 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 개시나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
2 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 추가특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
3 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.
① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 연금개시전 보험기간 중 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 입원일로부터 입원 1일당 이 추가특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

2 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다.

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

4 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 질병입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

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

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 특별약관 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 다음 중 어느 한가지에 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

제6조(입원의 정의와 장소)

이 추가특별약관에 있어서 『입원』이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 『의사』라 합니다)에 의하여 제3조(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.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-8. 질병사망·80%이상후유장해 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 질병사망·80%이상후유장해보험금을 지급하였을 때에는 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 질병사망·80%이상후유장해 추가특별약

관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 제3조(보험금의 종류 및 지급사유) 및 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 인한 직접결과로써 사망하

거나 장해분류표(【별표1】(장해분류표)참조. 이하 같습니다)에서 정한 지급률이 80%이상 장해지급률에 해당하는 후유장해가 남았을 경우 이 추가특별약관의 보험가입금액을 질병사망·80%이상후유장해보험금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자 지정이 없을 때에는 사망의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 상속인, 80%이상에 해당하는 후유장해가 남은 경우에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 하여 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)를 적용합니다.

2 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

3 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

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 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지 대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(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 추가특별약관에 따라 보장하여 드립니다.
9 제8항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
10 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
11 회사는 하나의 진단확정된 질병으로 80%이상후유장해 보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금을 지급하지 아니합니다.
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 또 다시 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 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

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-9. 암진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 무효)

피보험자(보험대상자)가 이 암진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)의 보험계약일부터 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일, 이하 『암보장개시일(책임개시일)』이라 합니다)의 전일 이전에 제7조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(이하 『암』이라 합니다)으로 진단확정 되어있는 경우 이 추가특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 추가특별약관의 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(계약의 소멸)

1 회사가 제5조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항에서 정한 보험금 중 『암』으로 인한 보험금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다. 다만, 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양으로 인한 보험금만 지급한 경우에는 소멸되지 아니합니다.

2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 암진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는

『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제3조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

2 제1항의 규정에도 불구하고 암보장개시일(책임개시일)은 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며 기타피부암, 갑상샘암, 상피내암 및 경계성종양의 경우는 계약일로 합니다. 단, 계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

3 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 추가특별약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

4 제3항의 규정에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제4조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 계약의 보장개시는 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제3조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제2항의 암보장개시일(책임개시일)을 다시 적용합니다.

제5조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 암보장개시일(책임개시일) 이후에 암(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우 또는 보험기간중에 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 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

구 분	연금개시전 보험기간		연금개시후 보험기간
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암	이 추가특별약관의 보험가입금액의 50%를 확정 지급	이 추가특별약관의 보험가입금액의 100%를 확정 지급	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급
기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암	이 추가특별약관의 보험가입금액의 10%를 확정 지급	이 추가특별약관의 보험가입금액의 20%를 확정 지급	이 추가특별약관의 보험가입금액의 20%를 확정 지급

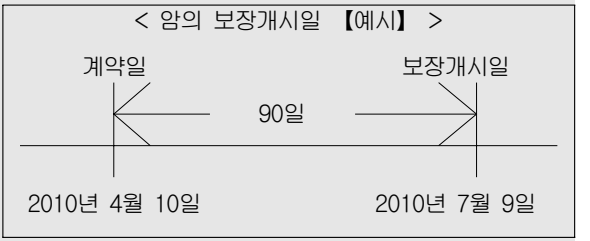
2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 암으로 진단확정된 경우에는 암진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 암진단플러스연금의 지급 기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다. 단 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 또는 갑상샘암으로 진단확정된 경우에는 제1항에 따라 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 암으로 진단확정되어 암진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 암으로 진단확정되어 암진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

5 피보험자(보험대상자)가 제1항에서 정한 암으로 인한 보험금을 지급받은 이후에 기타피부암, 상피내암, 경계성

종양, 갑상샘암으로 진단확정시에는 기타피부암, 상피내암, 경계성종양, 갑상샘암으로 인한 보험금은 지급되지 아니합니다.



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제5조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제7조(암, 기타피부암, 상피내암, 경계성종양 및 갑상샘암의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어서 『암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병【별표4】(악성신생물(암) 분류표)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상샘의 악성신생물(암))에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant Condition or Condition with Malignant Potential)는 제외합니다.

2 이 추가특별약관에 있어서 『기타피부암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류표에 있어서 분류번호 C44(기타

피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
3 이 추가특별약관에 있어서 『갑상샘암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 분류번호 C73(갑상샘 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
4 이 추가특별약관에 있어서 『상피내암』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병【별표5】(상피내의 신생물 분류표)을 말합니다.
5 이 추가특별약관에 있어서 『경계성종양』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병【별표6】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)을 말합니다.
6 암, 기타피부암, 갑상샘암, 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 biopsy) 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(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-10. 뇌출혈진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단플러스연금 보험금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.
2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 뇌출혈진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.
3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우

에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 보험기간 중에 뇌출혈(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)로 진단확정되었을 때에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈진단플러스연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	연금개시전 보험기간		연금개시후 보험기간
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
뇌출혈 진단 플러스 연금	이 추가 특별약관의 보험가입금액 50%	이 추가 특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 뇌출혈로 진단확정된 경우에는 뇌출혈진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 뇌출혈진단플러스연금의 지급 기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 뇌출혈로 진단확정되어 뇌출혈진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 뇌출혈로 진단확정되어 뇌출혈진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우

부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어서 『뇌출혈』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표7】(뇌출혈 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

2 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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), 핵자기 공명영상법(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 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-11. 급성심근경색증진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단플러스연금 보험금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 급성심근경색증진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하

였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

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

구 분	연금개시전 보험기간		연금개시후 보험기간
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
급성심근경색증진단플러스연금	이 추가특별약관의 보험가입금액 50%	이 추가특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우에는 급성심근경색증진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 급성심근경색증진단플러스연금의 지급 기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 급성심근경색증으로 진단확정되어 급성심근경색증진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 급성심근경색증으로 진단확정되어 급성심근경색증진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와

계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어서 『급성심근경색증』이라 함은 제5차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표8】(급성심근경색증 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
2 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 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), 핵자기 공명영상법(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 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관(단, 제12조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)의 규정을 제외합니다)을 따릅니다.

1-12. 중증치매진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 중증치매진단플러스연금 보험금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.
2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 중증치매진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 보험기간 중에 제6조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)에서 정한 『중증치매상태』(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)로 진단확정되고 그 날을 포함하여 180일 이상 『중증치매상태』가 계속되었을 경우에는

최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 중증치매진단플러스연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

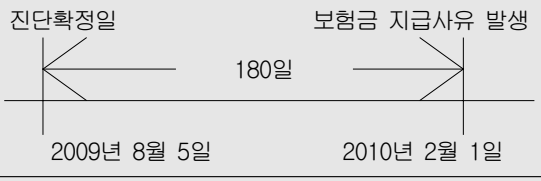
구 분	연금개시전 보험기간	연금개시후 보험기간
중증치매진단플러스연금	이 추가특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 중증치매로 진단확정된 경우에는 중증치매진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 중증치매진단플러스연금의 지급 기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 중증치매로 진단확정되어 중증치매진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 중증치매로 진단확정되어 중증치매진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

< 『중증치매상태』 진단확정 【예시】 >



제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지에 의하여 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

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제6조(중증치매상태의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어서 『중증치매상태』라 함은 피보험자(보험대상자)가 계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 【별표9】(치매 분류표)에 정한 중증치매로 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 검사 방법으로 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 검사

로서 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.

제7조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-13. 활동불능진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 활동불능진단플러스연금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 활동불능진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)

에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 보험기간 중에 제5조(활동불능의 정의 및 진단확정)에서 정한 『활동불능상태』로 진단확정되고 그 날을 포함하여 180일이상 『활동불능상태』가 계속되었을 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 이 추가특별약관의 보험가입금액을 활동불능진단플러스연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

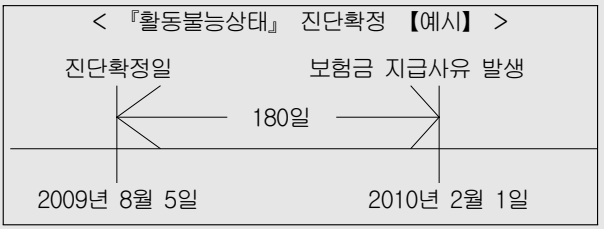
구 분	연금개시전 보험기간	연금개시후 보험기간
활동불능진단플러스연금	이 추가특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 활동불능상태로 진단확정된 경우에는 활동불능진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 활동불능진단플러스연금의 지급기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 활동불능상태로 진단확정되어 활동불능진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보

험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 활동불능상태로 진단확정되어 활동불능진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.



제4조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지에 의하여 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

제5조(활동불능의 정의 및 진단확정)

1 이 추가특별약관에 있어서 『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 【별표10】(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 【별표10】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항에서 제5항까지에 규정한 어느 상태 또는 이와 같은 정도의 간병을 필요로 하는 상태에 있기 때문에 항상 타인의 간병이 필요한 경우

가. 【별표10】(일상생활동작 장해분류표)의 제2항(음식물 섭취를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
나. 【별표10】(일상생활동작 장해분류표)의 제3항(대소변의 배설후 뒤처리를 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
다. 【별표10】(일상생활동작 장해분류표)의 제4항(목욕을 스스로 할 수 없음)의 상태 또는 이와 같은 정도의 상태
라. 【별표10】(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.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-14. 말기폐질환진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단플러스연금 보험금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 말기폐질환진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비

금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 보험기간 중에 【별표11】(말기폐질환(End Stage Lung Disease))에서 정한 말기폐질환(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 말기폐질환진단플러스연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	연금개시전 보험기간		연금개시후 보험기간
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
말기폐질환 진단 플러스 연금	이 추가 특별약관의 보험가입금액 50%	이 추가 특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 말기폐질환으로 진단확정된 경우에는 말기폐질환진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 말기폐질환진단플러스연금의 지급기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 말기폐질환으로 진단확정되어 말기폐질환진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 말기폐질환으로 진단확정되어 말기폐질환진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

5 제1항에서 정하는 말기폐질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-15. 말기신부전증진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기신부전증진단플러스연금 보험금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.
2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 말기신부전증진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.
3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.
4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

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

구 분	연금개시전 보험기간		연금개시후 보험기간
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
말기신부전증 플러스 연금	이 추가 특별약관의 보험가입금액 50%	이 추가 특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 말기신부전증으로 진단확정된 경우에는 말기신부전증플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 말기신부전증진단플러스연금의 지급 기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 말기신부전증으로 진단확정되

어 말기신부전증진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 말기신부전증으로 진단확정되어 말기신부전증진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

5 제1항에서 정하는 말기신부전증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

이 추가특별약관의 『말기신부전증』이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 말기콩팥(신장)병(제5차 개정 한국표준질병·사인분류 N18.0)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하

며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 보장에서 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

1-16. 말기간경화진단플러스연금 추가특별약관 (추가특별약관 보험기간: 연금개시전 보험기간 + 연금개시후 보험기간)

제1조(계약의 소멸)

1 회사가 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 말기간경화진단플러스연금 보험금을 지급하였을 때에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때로부터 이 추가특별약관은 소멸됩니다.

2 상해사망·후유장해 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다) 제4조(계약의 소멸)의 제1항에 따라 특별약관 계약이 소멸한 때에는 이 말기간경화진단플러스연금 추가특별약관(이하 『추가특별약관』이라 합니다)도 소멸합니다.

3 제1항 및 제2항에 따라 추가특별약관이 소멸되는 경우에는 회사는 이 추가특별약관의 해지환급금을 지급하지 아니합니다.

4 특별약관 제10조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호에서 정하지 아니하는 사유로 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 이 추가특별약관 계약은 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정한 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제2조(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 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험기간에 대한 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 추가특별약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

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

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

① 특별약관 제15조(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 특별약관 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

③ 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

제3조(보험금의 종류 및 지급사유)

1 회사는 피보험자(보험대상자)가 이 추가특별약관의 보험기간 중에 【별표12】(말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis))에서 정한 말기간경화(다만, 보험계약 청약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)로 진단확정된 경우에는 최초 1회의 진단에 한하여 아래에 정한 금액을 말기간경화진단플러스연금으로 보험수익자(보험금을 받는 자, 수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자(보험대상자))에게 지급하여 드립니다.

구 분	연금개시전 보험기간		연금개시후 보험기간
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
말기간경화 진단플러스 연금	이 추가 특별약관의 보험가입금액 50%	이 추가 특별약관의 보험가입금액 100%	진단확정일부터 이 추가특별약관의 보험가입금액의 1%를 매월 이 추가특별약관의 보험기간 만료일까지 확정 지급

2 제1항에도 불구하고 이 추가특별약관의 보험기간 만료일이 되기 직전 5년 이내에 말기간경화로 진단확정된 경우에는 말기간경화진단플러스연금 지급개시일로부터 그 날을 포함하여 5년간을 말기간경화진단플러스연금의 지급기간으로 하여 60회 확정 지급하여 드립니다.

3 연금개시후 보험기간에 말기간경화로 진단확정되어 말기간경화진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보

험금을 받는 자)의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 이 보험의 예정이율로 할인한 금액을 지급하여 드립니다.

4 연금개시후 보험기간에 말기간경화로 진단확정되어 말기간경화진단플러스연금을 지급받을 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)의 요청에 따라 최초 도래하는 보통약관 제16조(연금의 지급)에서 정한 보통약관 연금지급일부터 제1항에서 정한 금액을 매월 지급받을 수 있습니다. 이 경우 매 연장된 보험금지급일까지의 기간에 대하여는 예정이율로 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

5 제1항에서 정하는 말기간경화의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 청약서상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제3조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

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

3 제2항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 특별약관 제7조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

4 특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관(단, 제6조(계약의 세제혜택 등) 및 제16조(연금의 지급)의 규정은 제외합니다) 및 특별약관을 따릅니다.

연금저축손해보험
LIG멀티플러스연금보험(L10.10)
제도성 특별약관

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다)은 보통약관을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.

2 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

3 이 특별약관은 피보험자(보험대상자)가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 아니하는 사유)

1 회사는 보통약관의 내용에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 보험기간(회사의 보장이 시작된 날부터 피보험자(보험대상자)가 보통약관의 연금지급 종료나이에 달하는 해의 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 이하 같습니다) 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보통약관 및 사업방법서별지에 명시한 선택계약 특별약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.

2 위 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차【1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125㏄이하로서 3륜 이상인 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 확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복)규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료부터 이 보험료 자동납입 특별약관(이하 『특별약관』이라 합니다)에 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 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

가. 초회보험료자동납입 추가특별약관

제1조(보험료의 납입)

1 보험계약자는 제1회 보험료의 납입방법을 보험계약자의 거래은행 지정 계좌를 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 보통약관의 제1조(계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

2 제1항의 경우에 회사는 청약서를 접수한 날로부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 금융기

관의 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 보통약관, 해당 특별약관 및 보험료자동납입 특별약관을 따릅니다.

3. 신용카드 이용 보험료납입 특별약관

제1조(적용범위)

회사는 이 특별약관에 따라 신용카드회사(이하 『카드회사』라 합니다)의 카드회원을 계약자로 하여 초회보험료를 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 경과한 카드, 위조·변조된 카드, 무효 또는 거래정지된 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 전자거래 특별약관

제1조(적용범위)

회사는 이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다.)에 따라 컴퓨터를 이용하여 보험을 거래할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(이하 『사이버몰』이라 합니다.)을 이용하여 계약이 체결되는 경우에 적용합니다.

제2조(청약서 부본(계약자 보관용 청약서) 및 보험약관의 교부)

1 회사는 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 컴퓨터를 이용하여 사이버몰에 게시된 청약서, 보험약관전부 및 보험약관의 중요내용에 모두 동의한 경우에는 청약서 및 보험약관 교부와 보험약관 중요내용을 알려드린 것으로 간주합니다.

2 회사가 제1항을 위반한 때에는 계약자는 계약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 이 보험의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

제3조(전자서명의 효력)

회사는 보통약관 제3조(약관교부 및 설명의무 등) 제1항에도 불구하고 사이버몰에서 계약의 청약과 관련하여 계약자 등이 청약서에 전자거래기본법 제16조의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 한 경우 그 전자서명을 계약자 등이 직접 서명날인한 것으로 봅니다.

제4조(보험료의 납입)

1 이 특약에 의한 보험료의 납입은 은행(우체국을 포함합니다)을 이용한 자동납입이나 신용카드(이하 『신용카드』라 합니다.)를 이용한 납입에 한합니다.

2 자동납입의 경우에는 자동이체신청을 받은 날을, 신용카드를 이용한 납입의 경우에는 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 보험료의 영수시점으로 봅니다. 다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 실제 보험료가 이체된 날과 카드회사의 승인을 받은 날을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

3 계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

4 계약자가 사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 경우 이 계약은 보험자의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

5 제4항에서 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조. 변조된 카드, 무효 또는 거래정지 통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드를 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 특정부위 및 질병 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

1 이 특별약관은 보험계약(보험약관을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

2 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 상해사망·후유장해특별약관 제5조(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(특약 면책(보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우

② 이 특별약관 제2조(특약 면책(보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특약 면책(보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

1 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 【별표13】(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%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그러하지 아니합니다.

① 회사가 지정한 부위(이하「특정부위」라 합니다)에 발

생한 질병 (【별표13-1】 (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) (【별표13-2】 (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 특정부위를 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 상해사망·후유장해특별약관 제8조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) 및 제9조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6. 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 변경되

는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

① 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
② 보험증권(보험가입증서)
③ 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
④ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

1 지정대리청구인은 제6조(보험금 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 피보험자의 인감증명서
⑤ 피보험자 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.

【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 않는

다.

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 평

균순음역치가 70dB이상인 경우에 해당되어, 50cm이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

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

다. 귓바퀴의 결손

1) 『귓바퀴의 대부분이 결손된 때』라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(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 안면

부의 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 1/40이상 결손

2) 머리
① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(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 대

소변의 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 하지 방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

11) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 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 명확

히 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 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다. 다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장해 판단이 애매한 경우에는 scanogram을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 1하지(다리와 발가락)의 장해 지급률은 원칙적으로 각각 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. 그 중 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 이외의 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>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표』에 따라 장해를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.
5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률 (%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장해가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아 니나 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
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 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%)
음식물 섭취	- 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 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.

【별표2】(골절분류표 II)

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 (치아파절 제외)	S02 (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 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】(화상분류표)

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 항목은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T20
2. 몸통의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T25
7. 눈 및 눈부속기에 국한된 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장해	L59

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】 악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제5차 한국표준질병사인분류(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) 피부의 악성 흑색종	C43
6) 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7) 유방의 악성신생물(암)	C50
8) 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9) 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10) 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11) 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암)	C69~C72
12) 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C74~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 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】 상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(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 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
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 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】 (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	분 류 번 호
1. 거미막밑 출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 항목 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】 (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	분류 번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 속발성 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23

제6차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】 (치매 분류표)

『치매로 진단확정되다』는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 『치매』임을 의사의 자격을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌속에 후천적으로 생긴 병으로 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

약관에 규정하는 치매로 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 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】 (일상생활동작 장해분류표)

1. 보행을 스스로 할 수 없음
   ① 두손 두발로 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.

【별표11】 (말기폐질환(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. 약관에 규정하는 말기 폐질환으로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말합니다.

대상 질병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3. 만성 하기도 질환	J40 ~ J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5. 주로 사이질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7. 가슴막의 기타 질환	J90 ~ J94
8. 호흡기계통의 기타 질환	J95 ~ J99

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외의 추가로 상기 분류표에 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

【별표12】 (말기간경화(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 LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다.

【별표13】 (특정부위·질병 분류표)

- 별표13-1 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

- 별표13-2 특정질병 분류표

코드	특정 질병	분류 코드	항 목 명
40	담석증	K80	담석증
41	요로 결석	N20	콩팥(신장) 및 요관의 결석
		N21	하부 요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
		N23	상세불명의 콩팥(신장) 산통
42	척추 질환	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	하지 정맥류	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

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

Memo

전국고객지원센터

조회의뢰 및 사고통보

☎ 1544-0114 (지역번호 없이)

- 사고접수 및 매직카 긴급출동 서비스 : 24시간 가능
- 대출상담 문의 평일 09:00 ~ 20:00 [토, 일, 공휴일제외]
- 계약조회,변경,해지, 기타상담 : 평일 09:00 ~ 18:00 [토, 일, 공휴일제외]

전 국 고 객 지 원 센 터

· 중앙고객지원센터	02)3149-7000
· 강남고객지원센터	02)2006-7400
· 수원고객지원센터	031)300-3000
· 부산고객지원센터	051)600-2114
· 대구고객지원센터	053)430-2114
· 대전고객지원센터	042)259-3019
· 광주고객지원센터	062)220-1867
· 제주지역단	064)797-8000

동봉된 증권과 약관 외에도 청약서 부본(계약자 보관용 청약서)을 교부받으셨나요?
반드시 청약서 부본(계약자 보관용 청약서)과 영수증을 교부받으셔야 하며 청약서의 내용물 확인하시고 청약내용에 이상이 없음을 서명 날인 하셔야 합니다. 만약 다른 문의사항이 있으실 때에는 위 연락처로 연락주시면 성심성의껏 안내해 드리겠습니다.

보 험 모 집 질 서 확 립

· 특별이익제공 등 법질서 문란행위는 보험업법 위반 행위로써 금융감독원으로부터 제재를 받을 수 있습니다.
· 보험 모집질서 위반 행위 신고센터
Tel : 02)3145-7518 FAX : 02)3145-7549 또는 7547
홈페이지 : www.fss.or.kr

절 취 선

보험계약확인 반송엽서

우편요금
수취인 후납부담
발송유효기간
2009.10.1~2011.9.30
강남우체국
제40815호

(보내는 사람)

성명: 전화번호:

주소:

□□□-□□□

(받는 사람)

서울 강남우체국 사서함 240호

LIG손해보험주식회사 고객지원팀

1 3 5 - 6 0 2

절 취 선

LIG 손해보험

절 취 선

★보험계약 체결과정에서 불만이 있으신 경우 아래사항을 기재하여 보내주시면 즉시 시정해 드립니다.

■보험계약 체결현황

☐회사명: ☐지역단: ☐지점: ☐설계사명:

☐가입상품명: 보험 ☐계약일자:

■보험계약체결시 다음 사항이 이행되었습니까?

☐보험약관 수령 ☐청약서부본 또는 회사발행영수증 수령

☐자필서명 또는 날인(도장을 찍음) 확인 ☐고지의무(회사에 알릴사항) 이행

■보험가입시 모집자가 다음의 행위를 한 사례가 있습니까?

☐고지의무를 하지 못하도록 하거나 부실하게 알릴 것을 권유함

☐보험계약사항을 사실과 다르게 알려주거나 중요한 사항을 알리지 않는 행위를 함

☐보험계약체결과 관련해서 모집종사자가 부당이익을 제공하겠다고 함

☐기존 보험계약을 부당하게 해지하고 새로운 보험계약체결을 권유함

■금융감독원 민원상담 및 분쟁조정 등의 안내

보험계약과 관련하여 불만사항 등이 있을 경우 금융감독원에 이의신청을 하실 수 있습니다.

(우)150-743 서울시 영등포구 여의도동 27번지(금융감독원 금융소비자보호센타) 전화: 국번없이 1332 Fax: (02)3771-5699

▶부산지원: (051)606-1700~1 Fax(051)606-1755 ▶대구지원: (053)760-4000 Fax(053)760-4015~ 6 ▶광주지원: (062)606-1600~1 Fax(062)606-1630

▶대전지원: (042)479-5120~2 Fax(042)479-5130~1 ▶춘천출장소: (033)250-2800 Fax(033)257-7722 ▶전주출장소: (063)250-5000 Fax(063)277-7324

▶제주출장소: (064)797-5000 Fax(064)749-4700

절 취 선

LIG 손해보험